

БАКАЛАВР • МАГИСТР

Под редакцией М. М. Решетникова

ПСИХОАНАЛИЗ

УЧЕБНИК



ВОСТОЧНО-
ЕВРОПЕЙСКИЙ
ИНСТИТУТ
ПСИХОАНАЛИЗА

Юрайт
ИЗДАТЕЛЬСТВО

biblio-online.ru

УМО ВО рекомендует



ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКИЙ
ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА

ПСИХОАНАЛИЗ

УЧЕБНИК ДЛЯ БАКАЛАВРИАТА И МАГИСТРАТУРЫ

Под редакцией профессора **М. М. Решетникова**

*Рекомендовано Учебно-методическим отделом высшего образования
в качестве учебника для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по гуманитарным направлениям и специальностям*

Книга доступна в электронной библиотечной системе
biblio-online.ru

Москва ■ Юрайт ■ 2016

Ответственный редактор:

Решетников Михаил Михайлович — доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, ректор Восточно-Европейского института психоанализа, президент Российского отделения Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии, председатель Общероссийского совета по психотерапии и консультированию, заслуженный деятель науки Российской Федерации.

Рецензенты:

Аллахвердов В. М. — доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей психологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета;

Асмолов А. Г. — доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологии личности факультета психологии Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, академик Российской академии образования;

Марков Б. В. — доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философской антропологии философского факультета Санкт-Петербургского государственного университета;

Чермянин С. В. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психофизиологии и клинической психологии факультета психологии Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина.

П86 Психоанализ : учебник для бакалавриата и магистратуры / М. М. Решетников, С. В. Авакумов, Ю. А. Баранов [и др.] : под ред. М. М. Решетникова. — М. : Издательство Юрайт, 2016. — 317 с. — Серия : Бакалавр и магистр. Академический курс.

ISBN 978-5-9916-5625-2

В учебнике представлены фундаментальные концепции и основные понятия классического и современного психоанализа. Последовательно излагаются теория бессознательного, представления о психическом аппарате, психоаналитическая теория сновидений, переноса, сопротивления и психологических защит, неврозов, пограничных расстройств и психозов. Особое внимание уделено изложению концепции психосексуального развития ребенка, концепции эдипова комплекса, теории влечений и психических травм.

Соответствует актуальным требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Рассчитано на студентов бакалавриата и магистратуры, обучающихся по направлениям «Психология» и «Социология», и специалистов в гуманитарных науках: философов, культурологов, филологов и т.д.

УДК 159.964.2(075.8)

ББК 88я73

Оглавление

Авторский коллектив	11
Предисловие	13
Глава 1. Историко-культурные предпосылки создания психоанализа... 17	
1.1. Жизнь и деятельность Зигмунда Фрейда	18
Зарождение психоанализа (19), Начало практики (20), Истерия (20), Влияние французской школы Жана Шарко (22), Период работы с Йозефом Брейером (23)	
1.2. Основные открытия и понятия психоанализа	24
Открытие переноса (24), Идея вытеснения (25), Формирование принципов психоаналитической терапии (25), Понятие второго смысла (26), Принцип сексуальности и эдипов комплекс (26), Представления о психодинамике и метапсихологии (28)	
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	29
<i>Рекомендуемая литература</i>	29
Глава 2. Метапсихология и бессознательное..... 30	
2.1. Психоанализ в системе наук о человеке	31
2.2. Метапсихология	32
Бессознательное (33), Понятие отрицания (34), Психодинамика (35), Психическая энергия и либидо (35), Психическая защита (36), Психические инстанции (топика Фрейда) (37), Агрессия и сублимация (38), Чувство вины (38)	
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	39
<i>Рекомендуемая литература</i>	39
Глава 3. Бессознательное в обыденной жизни 40	
3.1. Ошибочные действия	40
Оговорки (42), Забывание (43), Описки и симптоматические действия (44)	
3.2. Юмор и бессознательное	45
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	46
<i>Рекомендуемая литература</i>	47
Глава 4. Функции психического аппарата..... 48	
4.1. Понятие психического аппарата	48
4.2. Развитие метапсихологических идей	50
4.3. Первая топика: Бессознательное, Предсознательное и Сознание.....	51

Бессознательное (52), Цензура (53), Предсознательное (54), Сознательное (55)	
4.4. Вторая топка: Я и Оно (структурная модель).....	56
Оно (56), Я (56), Сверх-Я (58)	
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	58
<i>Рекомендуемая литература</i>	58
Глава 5. Теория сновидений	59
5.1. Исторические аспекты появления психоаналитической теории сновидений.....	60
5.2. Основные элементы психоаналитической теории сновидений	60
5.3. Психоаналитическая интерпретация сновидений	63
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	65
<i>Рекомендуемая литература</i>	65
Глава 6. Концепция психосексуального развития	66
6.1. История создания концепции	66
6.2. Фазы психосексуального развития	67
Оральная фаза (67), Анальная фаза (69), Фаллическая (инфантильно-генитальная) фаза (70), Латентная фаза (72), Пубертатный период (73)	
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	75
<i>Рекомендуемая литература</i>	75
Глава 7. Психическая травма	76
7.1. История появления термина	76
7.2. Содержание понятия	77
7.3. Институционализация понятия	79
7.4. Концепция вытеснения травматических переживаний	80
7.5. Навязчивое возвращение и фиксация травмы	81
7.6. Психодинамика травмы.....	82
7.7. Вторичные психические травмы	82
7.8. Механизм репарации вторичной травмы.....	83
7.9. Собственная работа горя.....	84
7.10. Соматизация психической травмы	85
7.11. Механизм конверсии психической травмы	86
7.12. Фиксация на травме	86
7.13. Специфика реакций на психическую травму в зависимости от возраста	87
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	88
<i>Рекомендуемая литература</i>	88
Глава 8. Психоаналитическая теория неврозов	89
8.1. История понятия	89
8.2. Основные формы невротических расстройств.....	90
Истерия (90), Невроз навязчивых состояний (90), Фобии (91)	
8.3. Метапсихология неврозов	92
Отказ от реальности (93), Компромиссное образование (93)	

<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	95
<i>Рекомендуемая литература</i>	95
Глава 9. Влечение, либидо и нарциссизм	97
9.1. История формирования представлений и понятий	98
9.2. Эрос и Танатос	99
9.3. Судьба влечений	100
9.4. Теория либидо и нарциссизма	102
9.5. Патологический нарциссизм	106
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	107
<i>Рекомендуемая литература</i>	107
Глава 10. Защитные механизмы и сопротивление	109
10.1. История появления понятия	110
10.2. Частные виды защитных механизмов	110
Вытеснение (110), Регрессия (111), Реактивное образование (111), Изоляция (112), Уничтожение сделанного (аннулирование) (113), Проекция (113), Отрицание (114), Расщепление (114), Интроекция (114), Сублимация (115), Рационализация (116)	
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	118
<i>Рекомендуемая литература</i>	118
Глава 11. Психосоматические расстройства	119
11.1. История развития проблемы	120
11.2. Психосоматическая медицина	121
11.3. Вклад Франца Александера и других исследователей.....	122
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	126
<i>Рекомендуемая литература</i>	126
Глава 12. Перенос	127
12.1. История понятия	127
12.2. Современные представления	130
12.3. Основные принципы работы с переносом	131
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	133
<i>Рекомендуемая литература</i>	133
Глава 13. Контрперенос	134
13.1. История вопроса	134
13.2. Современные представления	135
Реабилитация контрпереноса (135), Конкордантный и комплементарный контрперенос (136), Объективный и субъективный контрперенос (137), Три измерения контрпереноса (139)	
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	140
<i>Рекомендуемая литература</i>	141

Глава 14. Теория объектных отношений	142
14.1. История теории объектных отношений	142
14.2. Развитие теории объектных отношений	144
Мелани Кляйн (145), Анна Фрейд (146), Микаэл Балинт (146), Маргарет Малер и Рене Шпиц (147), Джон Боулби (148), Эрик Эриксон (149)	
<i>Вопросы и задания для самоконтроля.....</i>	<i>150</i>
<i>Рекомендуемая литература</i>	<i>150</i>
Глава 15. Попытки пересмотра и модификации психоаналитических идей (неопсихоанализ)	151
15.1. История	151
15.2. Карен Хорни.....	152
15.3. Гарри Салливан.....	155
15.4. Эрих Фромм.....	159
<i>Вопросы и задания для самоконтроля.....</i>	<i>163</i>
<i>Рекомендуемая литература</i>	<i>163</i>
Глава 16. Психоаналитическая концепция характера	164
16.1. История формирования и развития представлений.....	164
16.2. Оральный характер	166
16.3. Анальный характер	167
16.4. Фаллический характер	169
16.5. Истерический характер	170
16.6. Депрессивно-мазохистический характер.....	171
16.7. Шизоидный характер	173
<i>Вопросы и задания для самоконтроля.....</i>	<i>176</i>
<i>Рекомендуемая литература</i>	<i>176</i>
Глава 17. Нарциссическая личность	177
17.1. Развитие представлений о нарциссизме	177
17.2. Здоровый нарциссизм и нарушения его развития: влияние ранних отношений	178
17.3. Оптимальный нарциссизм взрослой личности	180
17.4. Нарциссические стратегии личности	180
17.5. Нарциссические состояния.....	181
17.6. Нарциссические черты личности	181
17.7. Патологический нарциссизм	182
17.8. Нарциссический пациент	184
<i>Вопросы и задания для самоконтроля.....</i>	<i>185</i>
<i>Рекомендуемая литература</i>	<i>185</i>
Глава 18. Психоанализ аффективных расстройств	186
18.1. Депрессии	187
18.2. Фрейд о меланхолии	189
18.3. Садистический компонент депрессии.....	192

18.4. Вклад Карла Абрахама.....	195
18.5. Вклад Мелани Кляйн.....	196
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	197
<i>Рекомендуемая литература</i>	197
Глава 19. Пограничные расстройства личности	198
19.1. История проблемы	198
19.2. Современные подходы.....	200
19.3. Вклад Отто Кернберга	201
19.4. Этиология и психогенез.....	202
19.5. Специфика терапевтического подхода к пограничной личности	203
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	204
<i>Рекомендуемая литература</i>	204
Глава 20. Психотические расстройства личности	205
20.1. Специфика современных представлений	205
20.2. История проблемы.....	206
20.3. Психодинамические подходы	207
20.4. Содержание понятия психотического расстройства	208
20.5. Диагностика	209
20.6. Современные подходы к терапии психотических расстройств.....	210
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	214
<i>Рекомендуемая литература</i>	215
Глава 21. Основные принципы психоаналитической терапии	216
21.1. Классическая техника.....	216
21.2. Развитие теории и техники.....	218
21.3. Свободные ассоциации.....	220
21.4. Равномерно распределенное внимание	220
21.5. Атмосфера эмоциональной безопасности	221
21.6. Терапевтический сеттинг	221
21.7. Показания и противопоказания	222
21.8. Рабочий альянс.....	222
21.9. Интерпретации.....	223
21.10. Проработка	223
21.11. Принцип нейтральности.....	224
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	224
<i>Рекомендуемая литература</i>	225
Глава 22. Психоанализ культуры	226
22.1. Психоаналитическая интерпретация родства, семьи и культуры	226
22.2. Культура, традиция и новации	230
22.3. Культура и власть.....	231
22.4. Культура и этика.....	233
22.5. Культура и технический прогресс	234

<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	238
<i>Рекомендуемая литература</i>	238
Глава 23. Психоанализ деструктивного поведения	239
23.1. История проблемы.....	239
23.2. Вклад Альфреда Адлера	240
23.3. Вклад Вильгельма Штекеля	243
23.4. Вклад Карла Густава Юнга	247
23.5. Современные проекции	250
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	252
<i>Рекомендуемая литература</i>	252
Глава 24. Психоанализ художественного творчества	253
24.1. Формирование проблематики	253
24.2. Психоанализ творческого акта	258
24.3. Теория культуры	259
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	261
<i>Рекомендуемая литература</i>	261
Глава 25. Психоанализ массовых процессов	262
25.1. История развития проблемы	262
25.2. «Психология масс и анализ человеческого Я».....	263
25.3. Социальная патология и патология масс.....	266
25.4. Вклад понимающей психологии	268
25.5. Передача следующему поколению.....	269
25.6. Пример из практики	269
25.7. Как бы действовал терапевт?	270
25.8. Психология масс и фашизм	271
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	272
<i>Рекомендуемая литература</i>	272
Глава 26. Современные тенденции развития психоанализа (Принципы петербургской школы)	273
26.1. Классическое наследие	273
26.2. Принцип психоаналитической нейтральности	275
26.3. Дорашивание, социализация и инсайт.....	276
26.4. Симптом.....	277
26.5. Сеттинг	278
26.6. Гибкость сеттинга	280
26.7. Кушетка и ее значение.....	280
26.8. Понятие «лечения»	282
26.9. Изменение в структуре проблем пациентов	284
26.10. Дистанционный психоанализ	285
26.11. Принцип филиации.....	285
26.12. Психоаналитическое образование и тренинг.....	286

<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	289
<i>Рекомендуемая литература</i>	289
Глава 27. Новые языки психоанализа	290
27.1. Мелани Кляйн	290
27.2. Уилфред Бион	292
27.3. Жак Лакан.....	295
27.4. Джон Боулби.....	300
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	304
<i>Рекомендуемая литература</i>	304
Заключение	305
Приложение. Схема непрерывного континуума психических расстройств (по М. М. Решетникову, 2013)	310
Предметный и именной указатель	311

Авторский коллектив



Решетников Михаил Михайлович — доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, ректор Восточно-Европейского института психоанализа (ВЕИП), паст-президент Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (ЕКПП), президент Российского отделения ЕКПП, председатель Общероссийского совета по психотерапии и консультированию (Москва), заслуженный деятель науки РФ (Предисловие, гл. 1, 7, 15, 18, 21, 23, 25—27, Заключение).



Авакумов Сергей Владимирович — кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии ВЕИП, обучающий аналитик и супервизор ЕКПП (гл. 5).



Баранов Юрий Александрович — кандидат психологических наук, проректор ВЕИП по научной работе, доцент кафедры психотерапии ВЕИП, обучающий аналитик и супервизор ЕКПП (гл. 16).



Бердникова Юлия Леонидовна — старший преподаватель кафедры психотерапии ВЕИП, обучающий аналитик и супервизор ЕКПП (гл. 6).



Замалиева Снежана Александровна — кандидат философских наук, доцент кафедры общенаучных дисциплин ВЕИП, специалист ЕКПП (гл. 3, 11).



Змановская Елена Валерьевна — доктор психологических наук, профессор кафедры психотерапии ВЕИП, обучающий аналитик и супервизор ЕКПП (гл. 4, 9, 17).



Куликов Андрей Иванович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии ВЕИП, проректор ВЕИП по клинической работе, паст-президент Российского отделения ЕКПП, обучающий аналитик и супервизор ЕКПП (гл. 8, 10, 13).



Лукина Ирина Сергеевна — кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии ВЕИП, обучающий аналитик и супервизор ЕКПП (гл. 21).



Рождественский Дмитрий Сергеевич — кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии ВЕИП, обучающий аналитик и супервизор ЕКПП (гл. 12, 14, 19).



Савченкова Нина Михайловна — доктор философских наук, профессор кафедры теории психоанализа ВЕИП (гл. 2, 22).



Федоров Ян Олегович — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой медицинской пропедевтики ВЕИП, вице-президент Российского отделения ЕКПП, обучающий аналитик и супервизор ЕКПП (гл. 20).



Шукуров Дмитрий Леонидович — доктор филологических наук, профессор кафедры культурологии и литературы Шуйского филиала Ивановского государственного университета (гл. 24).

Предисловие

Психоанализ, который уже на протяжении столетия составляет одно из оснований современного гуманитарного знания, до настоящего времени остается малоизвестным российским специалистам. Понятия бессознательного психического, теория психической травмы и влечений, концепции психической реальности и психосексуального развития ребенка, такие термины как перенос, сопротивление, вытеснение, психологические защиты, а также ряд других, давно вошли в обывденную речь, но понимание их глубокого содержания и смысла все еще отсутствует.

Несмотря на постепенный переход от изучения психологии индивида (человека как биологического вида) к типологическим подходам, психология индивидуальности, базирующаяся на признании уникальности и неповторимости каждой конкретной личности, все еще остается далеко за пределами психологической практики. Еще в большей степени это относится к психологии страдающей личности, психосоматическим расстройствам и тому, что в допсихоаналитический период именовалось «субъективным», в том числе — применительно к любым душевным переживаниям, которые не имеют физиологических коррелятов.

Хотя психоанализ существует более чем столетие, до недавнего времени его преподавание как академической дисциплины и, соответственно, появление систематического курса лекций по этому предмету рассматривалось как нечто невозможное и противоречащее сложившейся традиции. Когда в 1991 г. нами был учрежден первый российский институт психоанализа, большинство наших западных коллег высказывали большой скепсис относительно самой возможности создания методически обоснованного и последовательного курса по этому направлению, а некоторые из них откровенно возмущались тем, что психоанализ исходно рассматривался нами как один из разделов современной психологии. Однако прошедшее двадцатилетие убедительно продемонстрировало, что мы были на верном пути. Нам удалось преодолеть «кастовую» систему подготовки психоаналитиков, а преподавание основ психоанализа в той или иной мере включено сейчас практически во все университетские курсы по подготовке психологов, врачей, философов, педагогов, культурологов и специалистов других гуманитарных направлений.

Безусловно, попытки создания учебника психоанализа предпринимались и ранее. Самыми известными являются книги Чарльза Бреннера «Базовый курс психоанализа» (*An Elementary Textbook of Psychoanalysis*, 1955), Карла Меннингера «Теория психоаналитической техники» (*Theory of Psychoanalytic Technique*, 1958) и Ральфа Гринсона «Техника и практика психоанализа» (*The Technique and Practice of Psychoanalysis*, 1967), выдер-

жавшие несколько переизданий. Это хорошие книги, но фактически каждая из них раскрывала всего по пять-шесть тем. Ч. Бреннер описал основные психоаналитические концепции, теорию влечений, структуру психического аппарата и понятие психического конфликта. К. Меннингер уделил основное внимание регрессу, трансферу и контртрансферу, сопротивлению и интерпретации, а также психоаналитическому контракту. Р. Гринсон, чей учебник получил особую известность в России, основное внимание уделил терапевтической технике. В нашем подходе мы старались охватить все основные психоаналитические концепции и изложить их в той последовательности, которая позволяет любому образованному человеку составить общее представление об этом разделе психологии. Подчеркнем — именно общее представление, так как в институтах психоанализа каждая тема читается в многократно превосходящем объеме и содержательном наполнении.

Сделаем еще одно примечание. Зигмунд Фрейд писал чрезвычайно простым и доступным, но при этом высокохудожественным языком, стараясь не использовать (как это было типично для медицины конца XIX — начала XX в.) трудно воспринимаемой терминологии. Однако у его последователей, внесших существенный вклад в развитие теории и техники психоанализа, явно присутствовало желание «онаучить» психоаналитический понятийный аппарат, что отчасти удалось, и сделало большинство психоаналитических текстов трудно доступными для понимания широкой аудиторией. Но образовательная и общекультурная роль психоанализа неуклонно растет, и люди, даже предельно далекие от нашей профессии, должны иметь хотя бы минимум знаний о специфике формирования личности и о бессознательных психических процессах, чтобы получить новые представления о себе, о других и о мире в целом. Исходя из этого принципа, авторы этой книги, насколько могли, пытались вернуться к фрейдовскому подходу в изложении всех разделов. Насколько эта задача была решена — судить читателю.

Предлагаемый учебник представляет собой развернутый учебный курс по дисциплине «Психоанализ», предназначенный для широкого круга студентов и специалистов гуманитарного профиля — психологов, педагогов, психотерапевтов, социальных работников, социологов, политологов, культурологов, филологов и представителей смежных специальностей. Включенные в учебник темы охватывают практически весь диапазон курса классического психоанализа и основные направления его последующего развития.

В результате освоения дисциплины студент должен:

знать

- принципиальные положения теории бессознательного, теорию травмы и теорию влечений;
- основные концепции психосексуального развития, переноса, сопротивления и психологических защит;
- ведущие феноменологии функционирования психического аппарата в норме и патологии (невротической, пограничной и психотической);

уметь

- исследовать психологические проблемы личности и выявлять типичные психопатологические комплексы;

- определять признаки нарушения психического функционирования и точки патологической фиксации;

- проводить психологическую (патохарактерологическую) диагностику личности;

владеть навыками

- установления терапевтических отношений с пациентом;
- анализа речи как непосредственной манифестации внутренних психических процессов;

- психоаналитического слушания и интерпретации (при психологическом консультировании);

быть компетентным

- в профессиональном анализе психологических проблем в детских и дошкольных учреждениях, в учреждениях системы образования, реабилитации и социальной защиты населения.

В заключение хочу от имени авторов книги выразить искреннюю признательность нашим западным коллегам и учителям, выдающимся профессионалам, которые оказали нам существенную методическую помощь в период становления Института: Рою Аруффо, Чарльзу и Деборе Бершадски, Вамику Волкану, Леону Вюрмсеру, Марианне Голдбергер, Гари Голдсмиту, Оксане Любарской, Джону и Мэрион Кафка, Хомеру Куртису, Дэвиду Ракову, Шелдону Роуту, Нонне Славинской, Гарольду Стерну, Акселю Хофферу и другим специалистам из США; французским психоаналитикам Александру Непомящи, Натали Зальцман, Каролин Эльячефф и Жаклин Спекер; профессорам из Германии — Хорсту Кэхеле и Евгении Фишер; чешскому психоаналитику Михаэлю Шебеку; нашему шведскому коллеге Урбану Вестину; британским аналитикам Джейн Хейнц, Диноре Пайнз и Малькольму Пайнзу и многим другим.

Все они на протяжении ряда лет сотрудничали с нами, передавая свой богатый опыт, а многие из них продолжают это сотрудничество до настоящего времени. Их лекции, семинары, разборы статей и сложных случаев, аналитическая и супервизорская работа с преподавателями и специалистами нашего Института была мощным, безвозмездным и одновременно неоценимым вкладом в становление Института и каждого из авторов этой книги.

Профессор М. М. Решетников

*Санкт-Петербург,
10.08.2014*

Глава 1

ИСТОРИКО-КУЛЬТУРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СОЗДАНИЯ ПСИХОАНАЛИЗА

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- особенности социокультурной ситуации конца XIX — начала XX века, вызвавшие к жизни учение о психоанализе;
- основные научные предпосылки создания психоанализа как самостоятельного направления в психологии;

уметь

- характеризовать первые стадии учения о психоанализе;
- формулировать фундаментальные гипотезы психоанализа;

владеть навыками

- дифференциации психоанализа и других направлений в психологии XIX в.;
- понимания психоанализа как характерного явления рубежа XIX—XX вв. и эпохи модерна;

быть компетентным

- в профессиональном понимании психоанализа как уникального научного и историко-культурного явления.
-

Появление и развитие психоанализа пришлось на переломный период конца XIX — начала XX в. Это был качественно новый этап в истории человечества, который затронул все сферы культурной, экономической, социальной и политической жизни. Одна за другой распадались империи и перекраивалась карта мира, небывалыми темпами развивался научный прогресс. Почти все открытия всемирного звучания — широкое использование электричества, появление двигателей внутреннего сгорания, автомобилей и самолетов, радио, кино и телефона, радиации и новых видов оружия, модернизм и, чуть позднее, постмодернизм в литературе, сценическом искусстве и живописи — не могли не сказаться на состоянии гуманитарного знания, психологии и медицины.

На рубеже веков психиатрия и психотерапия как самостоятельные области еще не существовали — психическими расстройствами (нервозами, и психозами) занимались философы и врачи общей практики, впрочем, как и всеми другими болезнями. Но в соответствии с духом времени вся наука того периода строилась на сугубо материалистических позициях. Самый авторитетный психиатр начала XX в. Эмиль Крепелин (1856—1926), который в начале своей деятельности выступал в качестве тонкого психолога,

оставившего уникальные описания практически всех форм психопатологии, вдруг резко меняет свою позицию. Он постулирует, что все психические расстройства, так же как и все другие болезни, вызываются травмами, токсинами, вирусами или бактериями, которые повреждают головной мозг. А если мы не можем найти эти бактерии, то лишь из-за отсутствия более совершенных технических средств. Это авторитетное мнение определило поиск вирусов шизофрении на десятилетия, и лишь в 1980 г. такие исследования перестали финансироваться во всех странах. Точно такая же участь постигла попытки выявить анатомические или физиологические изменения в головном мозге у пациентов, страдающих психопатологией.

Фрейд быстро разочаровывается в этом подходе и методе исследования, получившего наименование объективного, и обращается к гипотезе о психодинамике, а именно — к поиску причин психопатологии не в инфекциях, не в мозговой ткани, не в физиологии мозга, а в самой психике, в нарушении самих психических процессов. В отличие от классической медицины, традиционно апеллирующей к объективно наблюдаемым симптомам (сыпи, отеку, температуре и т.д.), Фрейд обращает внимание прежде всего на субъективные переживания личности, впервые делая их объектом научного исследования и анализа. Он также обращается к исследованию сексуальной сферы и религии как социального феномена, что вызывает резко негативную реакцию в профессиональном сообществе пуританского (не без ханжества) XIX в. Тем не менее, убедительные гипотезы и клинические исследования Фрейда постепенно получают все более широкое признание. Но среди психопатологов возникает редко обозначаемый раскол: одни врачи остаются на позициях мозговых (анатомических и физиологических) причин психопатологии, а другие начинают формировать профессиональные сообщества психоаналитиков и психотерапевтов, где в качестве ключевых утверждаются представления Фрейда о психодинамике. Появление относительно новой области медицины — психодинамической психиатрии — это уже достижение более позднего времени.

Не менее заметный вклад психоанализ внес в исследование детского развития, массовых процессов, литературы и искусства, философии и филологии. Фактически, начиная с середины XX в., психоанализ органически входит (оказывается имплицитован) во все разделы гуманитарного знания и современную культуру в целом.

1.1. Жизнь и деятельность Зигмунда Фрейда

Задача этого учебника — помочь студентам составить наиболее общее представление о психоанализе как основе психодинамической теории и психотерапевтической практики. Со времен Зигмунда Фрейда понимание психоанализа качественно изменилось, но прежде чем переходить к специальным разделам, более поздним и современным концепциям, целесообразно обратиться к тезисному изложению основных психоаналитических понятий и истории этого метода, по сути неотделимого от персональной истории его создателя.

Теория и личность Зигмунда Фрейда — бесспорно гениального ученого и не менее талантливого писателя — уже более ста лет привлекают внимание научной и культурной общественности. Работы Фрейда оказали огромное влияние на все основные разделы современной гуманитарной науки — философию, психологию, социологию, медицину и современную культуру в целом. Введенные Фрейдом понятия — «либидо», «сублимация», «эдипов комплекс» и др. — вошли в обиходную речь, были многократно тиражированы в литературных произведениях и хорошо знакомы любому образованному человеку. Тем не менее длительный запрет психоанализа в России и многочисленные искажения его сути привели к тому, что адекватное восприятие открытий психоанализа все еще не установилось. Первое приближение к такому пониманию и составляет основную задачу этого издания.



Зигмунд Фрейд

Фрейдом были открыты и с удивительной точностью описаны десятки психологических законов и феноменов, проявляющихся как в норме, так и в патологии, которые до него фактически никто не замечал. Эти феномены будут более подробно рассмотрены в последующих главах.

Зарождение психоанализа

Фрейд приступил к изучению медицины относительно поздно — ему был уже 21 год, и первым его увлечением стала физиология, которая переживала глубокий переворот, связанный с распространением закона сохранения энергии на живую материю. Одним из следствий этого было появление идеи о психике как одной из разновидностей энергии. Эти представления оказали в свое время весьма позитивное воздействие на развитие физиологии, в частности — способствовали внедрению в практику исследования нервно-психических процессов экспериментальных, базирующихся на измерениях, методов. Следует сразу отметить, что понятия «нервное» и «психическое» в тот период времени практически отождествлялись, и многие ученые пытались найти истоки и объяснения духовной жизни людей в химических и физических реакциях клеток головного мозга. Фрейд также увлекся изучением нервных клеток и физико-химических реакций, но вскоре утратил интерес к этой области медицины.

Тем не менее именно с физико-химической школой связано появление самого термина «психоанализ», а распространение закона сохранения энергии на психические феномены принадлежит к величайшим открытиям Фрейда, сформулировавшего позднее многократно подтвержденную практикой и специальными исследованиями концепцию *сохранения психических содержаний*. Предельно упрощая ее, можно сказать, что любая информация, хотя бы однажды воспринятая любым из органов чувств, никуда не исчезает и никогда не забывается, а лишь переходит из одной формы

в другую. С этими же физико-химическими подходами связан и сформулированный Фрейдом *закон психической экономии*, сущность которого состоит в неосознаваемой потребности любой личности реализовать все психические акты при минимальном уровне напряжения сил и энергии, а также в стремлении постоянно поддерживать максимально возможно низкий уровень психического функционирования, внутренне воспринимаемый как состояние комфорта. Позднее это состояние получило наименование «*психический гомеостаз*».

Начало практики

В возрасте 25 лет Фрейд завершает медицинское образование. Он мечтает об академической карьере, но, не получив место научного сотрудника в университетской лаборатории, вынужденно принимает решение начать свою деятельность в качестве частнопрактикующего врача. Затем он посту-



Жан-Мартен Шарко

пает на работу в Венскую народную больницу, где проходит практически через все основные отделения, приобретая реальный врачебный опыт в хирургии, неврологии, дерматологии и психиатрии. Параллельно он начинает преподавать, и через три года получает звание приват-доцента Венского университета и персональную стипендию для стажировки в Париже, где в течение 1885—1886 гг. работает в клинике Сальпетриер под руководством доктора Жана-Мартена Шарко (1825—1893) — одного из основоположников современной психиатрии. В клинике профессора Шарко у Фрейда впервые возникает интерес к психопатологии,

и особенно — к истерии, и именно с этой формой психического страдания связана значительная часть первых открытий и разработок Фрейда.

Истерия

Истерия принадлежит к наиболее сложным и многоликим формам психического страдания. Будучи весьма распространенной, истерия не имеет четкой клинической картины, поэтому ее достаточно трудно дифференцировать от неврастении и других неврозов. В качестве наиболее значимых ее отличий обычно отмечают большая яркость и изменчивость симптоматики, многообразие одновременно присутствующих эмоциональных, чувствительных и двигательных нарушений, жалобы на которые, как правило, предъявляются с некоторым оттенком демонстративности и даже театральности. Но это вовсе не притворство, как иногда думают. Различие между симулянтами и истериками весьма существенно: *первые хотят казаться больными, а вторые — реально чувствуют себя больными* (действительно страдают), даже если никаких объективных признаков болезней, на которые указывают их симптомы, у них не выявляется.

Психические и поведенческие нарушения наиболее часто сочетаются с обилием жалоб на боли в сердце, желудке, печени, почках, конечностях

(при отсутствии объективных признаков поражения этих органов по данным рентгенографии, электрокардиографии, анализов и т.д.). В эпоху Фрейда для истерии были также весьма характерны транзиторные (т.е. кратковременные, преходящие) проявления нарушений речи (вплоть до немоты), слуха, зрения, парезов конечностей и нарушений чувствительности.



Истерия

Как правило, истерические реакции первично возникают и в последующем проявляются после психотравмирующих ситуаций. Поэтому острая или хроническая психическая травма всегда присутствует в анамнезе таких пациентов. Но еще более характерна для них высокая подверженность психической травматизации, повышенная сенситивность (чувствительность) и ранимость, поэтому даже минимальный отрицательный стимул у них может легко трансформироваться в индивидуально непреодолимый и приводит к *«уходу в болезнь»*. Такие пациенты нередко демонстрируют так называемые *«рентные тенденции»*, оказываясь в роли опекаемых, подчеркивающих свою незначимость и зависимость, и получая от этого определенные «дивиденды».

Иногда они склонны накапливать аффективные переживания с последующим *«залповым отреагированием»*, в других случаях невротическая реакция проявляется в ответ на каждый негативный стимул. Рациональный (рассудочный) компонент мышления у таких пациентов обычно снижен, они редко расположены к критическому анализу собственных поступков, проявлениям выдержанности и здравомыслия. Весьма характерным для этой формы патологии является желание быть в центре внимания, стремление снискать сочувствие окружающих и направленность на их позитивную оценку, что, при не всегда полной адекватности, создает для этой категории пациентов достаточно большие трудности в системе отношений и межличностном общении. Проще говоря, никто так не нуждается в долговременных эмоциональных привязанностях, внимании и понимании окружающих — и в то же время никто не бывает более непостоянен и труден в общении. «Я никому не нужен, меня никто не любит, не понимает и т.д.» — наиболее частые варианты запросов таких пациентов и к окружающим, и к терапевтам.

К этой многоликой клинической картине нередко присоединяются психастенические жалобы: повышенная истошаемость, утомляемость, понижение аппетита и сексуального влечения (или, наоборот, сексуальная расторможенность), отдельные проявления ограничительного или ритуального

поведения, снижение внимания и памяти, неуверенность в себе, застенчивость, немотивированное чувство тревоги и т.д.

Общение с такими пациентами никогда не бывает скучным. Они, как правило, очень обаятельны и по-детски непосредственны. С ними обычно быстро и достаточно легко устанавливается контакт. Они хорошо поддаются терапии внушением и обладают выраженной способностью к самовнушениям. Последнее обстоятельство нередко сводит на нет все усилия терапевтов, так как на смену одним симптомам приходят другие.

Влияние французской школы Жана Шарко

Клиника Сальпетриер, в которой Фрейд проходил стажировку, имела давние традиции и считалась пионером новых подходов к терапии душевных расстройств и организации психиатрической помощи, а также обладала солидным опытом по изучению анатомии мозга. Отметим, что в описываемый период времени истерия как самостоятельная форма психопатологии не рассматривалась. Более того, многими врачами это заболевание считалось своеобразной разновидностью обычной симуляции, к которой склонны преимущественно женщины и женоподобные мужчины. Жан Шарко не придерживался этой точки зрения и в отличие от большинства коллег, которые считали причиной психических расстройств анатомические изменения или повреждения мозговой ткани, утверждал, что истерия — это реальное психическое расстройство, которое не сопровождается какими бы то ни было анатомическими изменениями в нервной системе, а следовательно, вызывается не какими-то органическими, а «душевыми» причинами.



Клиника Сальпетриер. 1900

Гипотеза о психогенном происхождении истерии была сформулирована Шарко около 1883 г., и это, бесспорно, было вызовом господствовавшей в то время натурфилософии, стремившейся к объяснению всех психических феноменов материальными факторами. Фрейд полностью воспринял идеи Шарко и вслед за ним постоянно подчеркивал, что важнейшей характеристикой истерического расстройства (в том числе, например, истерического паралича) является то, что оно ни в коей мере не отражает состояние



**Андре Бруйе. Лекция доктора Шарко
в Салпетриере. 1887**

нервной системы. Обучением у Шарко завершается образование Фрейда, после чего начинается его самостоятельная научная деятельность, результаты которой составили целый ряд бесспорных открытий и до настоящего времени оспариваемых концепций, в последующем приведших их автора к созданию психоанализа.

Период работы с Йозефом Брейером

Изучением истерии на протяжении ряда лет Фрейд занимался совместно со своим старшим коллегой и наставником — психиатром и психологом Йозефом Брейером (1842—1925), который также сыграл особую роль в жизни и научных исследованиях Фрейда.

Еще до начала сотрудничества с Фрейдом Брейер разработал собственный метод психотерапии для лечения истерии. После погружения пациентов в гипнотическое состояние он предлагал им подробно описывать различные психотравмирующие ситуации, имевшие место в прошлом. В частности, предлагалось вспомнить о начале, первых проявлениях психического страдания и событиях, которые могли быть причиной тех или иных психопатологических симптомов. Однако далее этого методического приема Брейер не продвинулся. Позднее, уже в совместных исследованиях Фрейда и Брейера, было установлено два существенных психологических феномена, которые многими биографами квалифицировались как открытия:

- иногда только один рассказ (в некотором смысле — «насиловственное воспоминание») об этих ситуациях приводил к избавлению пациентов от их страдания;
- практически во всех случаях проявления психопатологии (например, заикание, тики и т.д.) исчезали, когда пациент начинал рассказ о психотравмирующей ситуации.

Брейер назвал это явление «*катарсисом*», по аналогии с термином, предложенным еще Аристотелем для обозначения феномена «очищения через



Йозеф Брейер

трагедию», когда, воспринимая высокое искусство и переживая вместе с актером страх, гнев, отчаяние, сострадание или мучение, зритель очищает душу.

Изложение истории психоанализа практически никогда не обходится без уже хрестоматийного случая пациентки Брейера Анны О., на протяжении нескольких лет страдавшей нервным кашлем и предъявлявшей целый ряд других жалоб (периодический паралич мышц шеи, неспособность го-



**Берта Паппенгейм
(Анна О.)**

ворить на родном языке и т.д.). Используя свой метод — рассказ в состоянии гипноза о психотравмирующих событиях прошлого (в данном случае связанных с эмоциональными отношениями Анны с отцом), Брейер добился выздоровления пациентки. Но когда ей было об этом объявлено, у нее тут же вновь появились психопатологические нарушения, правда, в иной модификации — теперь ведущим стал синдром мнимой беременности. Случай получил огласку и породил ряд досужих домыслов. И хотя у Анны ни с кем, включая ее терапевта, не было никаких сексуальных отношений, Брейер предпочел отказаться от продолжения работы с ней и передал ее другому специалисту.

1.2. Основные открытия и понятия психоанализа

Открытие переноса

По-видимому, многие специалисты прошлого, как, впрочем, и нашего времени, увидели бы в этом случае Брейера ординарный рецидив истерического невроза, клиническая картина которого, как уже отмечалось, чрезвычайно изменчива и полиморфна. Однако Фрейд высказал предположение, что как выздоровление Анны О., так и внезапное обострение заболевания было связано с особым отношением пациентки к Брейеру. Так впервые возникла идея того, что позднее было обозначено термином «перенос» (или «трансфер»), — специфических отношений между психотерапевтом и пациентом, без которых невозможна сколько-нибудь эффективная терапия. Этот феномен сейчас фактически общепризнан.



Кушетка для пациентов Зигмунда Фрейда

В более поздних определениях «трансфер» характеризовался как возникающий в процессе общения терапевта и пациента перенос на психоаналитика тех чувств, которые пациент некогда (чаще — в детстве) испытывал по отношению к родителям или другим значимым фигурам. Поэтому его аффективные (и отрицательные, и положительные) переживания как бы включаются в систему отношений «родитель — ребенок», а в силу закрепленной в памяти специфической роли значимого взрослого (в раннем детстве воспринимаемого без какой-либо критики) становятся управляемыми. Соответственно этому истолкования, которые даются терапевтом поступкам, чувствам и переживаниям пациента, становятся приемлемыми.

Совместные исследования Фрейда и Брейера позволили им со временем сделать два существенных вывода:

1) прошлые, преимущественно отрицательные, переживания и впечатления часто вытесняются из сознания (т.е. актуально как бы отсутствуют в памяти), но, тем не менее, они могут оказывать влияние на психическое состояние и поведение человека;

2) конкретная причина психических нарушений обычно не только не осознается пациентами, но чаще всего вообще неизвестна им.



Мэри Кассат. Луиза, кормящая своего ребенка. 1898

Идея вытеснения

Когда говорится о том, что прошлые, преимущественно отрицательные, переживания и впечатления *вытесняются* из сознания, подразумевается, что какие-то мысли или чувства настолько неприемлемы для пациента, что он, сам того не осознавая, не может помнить о них, но не может и забыть в обычном понимании этого слова. Образно говоря, «нельзя вспомнить то, что не было забыто». Поэтому такие переживания проявляются не как обычные воспоминания, а в виде их психических эквивалентов — тех или иных психопатологических симптомов (то, что невозможно постоянно помнить, но и нельзя забыть, проявляется в «вытесненном виде»). *Помочь пациенту осознанно вспомнить о прошлых переживаниях, снять с них (по образному выражению Фрейда) «нагар» и «зловоние» неприемлемости и сделать их действительно забытыми, действительно прошлыми (т.е. тем, что уже прошло, уже не тревожит, не волнует, не беспокоит) — одна из главных задач психоаналитической терапии.* В этот период был установлен еще один элемент открытия Фрейда: *определяющая роль словесных стимулов и системы памяти в возникновении и развитии приобретенной психопатологии.*

Формирование принципов психоаналитической терапии

Постепенно Фрейдом формулируются основные принципы проведения психоаналитических сеансов: пациент располагается полулежа в удобном

глубоком кресле или на мягкой кушетке; терапевт сидит рядом (слева или справа), но обязательно немного смещаясь назад, чтобы встреча взглядов исключалась, так как положение «глаза в глаза» затрудняет раскрепощение сознания (истина, бесспорно, известная еще древнейшим исповедникам). Затем пациенту предлагается расслабиться и одновременно сосредоточиться на своем состоянии и своих внутренних переживаниях, их словесном описании и интерпретации. При этом задача терапевта состоит в том, чтобы, искусно направляя усилия пациента, создать такую атмосферу общения, когда его рассказ абсолютно ничем не сдерживается и проходит совершенно спокойно, вольно, так как только в этом случае появляется возможность выявить «заблокированные» мысли, желания и влечения. Отчасти описанная ситуация моделирует все те же весьма специфические отношения внимательного и сопереживающего родителя и ребенка, всегда оставляя за терапевтом роль первого.

Но в отличие от обычного навыка речи, который прививается с раннего детства («подумай, а потом говори»), пациенту предлагается говорить все, что ему приходит в голову, не раздумывая, включая любые нелепости, несусветные глупости, «сальности» и даже непристойности, совершенно не стесняя себя в выражениях. Естественно, не всем это удастся сразу. Постоянно анализируя свою практику, Фрейд замечает, что перед изложением самых сокровенных или самых «запретных» мыслей срабатывает социальный (культуральный и моральный) контроль, который он вначале назвал «цензурой».

Понятие второго смысла

Особое значение в психоаналитической беседе (хотя и несколько односторонней, так как психоаналитик большей частью молчит или сохраняет нейтральность) уделяется оговоркам, ошибкам и любым словам, которые могут иметь двойной смысл. Фактически *выявление скрытого смысла* или второго плана рассказа, который не проявляется в беседе явно, и *составляет главную задачу психоаналитика. Поэтому он должен хорошо знать язык, в том числе поговорки, идиоматические выражения, культуру, национальные особенности и т.п. своих пациентов.* Еще одно важное примечание: *в отличие от обыденной речи, аналитик гораздо больше внимания обращает не на то, что или как говорит пациент, а почему он говорит именно об этом.* Какие индивидуально значимые стереотипы отношений и влечения при этом активизируются или реализуются? Где могут быть скрыты истоки именно этих паттернов и реакций и почему именно они составляют содержание материала и ситуаций, которые человек хотел бы обсудить со специалистом, а следовательно, не смог преодолеть сам?

Несмотря на «абсолютную» вольность изложения, терапевт своими вопросами все же направляет речь пациента, но, опять же, при сохранении принципа психоаналитической нейтральности: при отсутствии поощрения, осуждения или сочувствия в отношении тех или иных высказываний.

Принцип сексуальности и эдипов комплекс

Уже во время первых, еще не называемых психоаналитическими, сеансов Фрейд обращает внимание на то, что в рассказах его пациентов почти

всегда выявляется повышенная фиксация на темах и психотравмирующих переживаниях, так или иначе связанных с попытками или результатами совращения их в детстве, преимущественно со стороны близких родственников, чаще всего — дочерей отцами. В целом, и это хорошо известно из клинической практики, такие ситуации действительно нередки в семьях с отягощенным психиатрическим анамнезом. Позднее признание роли психотравмирующих ситуаций раннего детства, и особенно — *детской сексуальной травмы* в качестве пускового механизма психопатологии, вошло в число основных постулатов психоанализа. Но первые сообщения Фрейда об этом, представленные венскому врачебному сообществу, вызвали бурю негодования.

Через какое-то время и, как отмечают некоторые историографы психоанализа, в известной степени в угоду общественному мнению Фрейд качественно трансформирует свою гипотезу. Он делает неожиданное заключение, что было бы неверно обвинять всех отцов в извращенности, так как в рассказах невротических пациентов об обстоятельствах возникновения аффективных переживаний очень трудно, а часто — невозможно, отличить истину от вымысла (это хорошо известно любому специалисту-практику, независимо от его отношения к психоанализу). Сущность же трансформации гипотезы Фрейда состояла в следующем: *сексуально окрашенные рассказы пациентов могут быть лишь продуктом их болезненных фантазий*, но эти фантазии, хотя и в искаженном виде, отражают их действительные желания и влечения. Таким образом, в новой интерпретации гипотезы Фрейда речь шла уже не об извращенности отцов, а о бессознательном желании дочерей быть соблазненными отцами. Это не вносило чего-то существенно нового в теоретические построения, но с точки зрения морали и нравственности общества и профессионального сообщества того времени было более приемлемым. Так в психоанализе впервые появляются представления о *комплексах Электры и Эдипа*.

Нужно сразу отметить, что эта идея у Фрейда носит исключительно метафорический характер, а ее не критическое, можно сказать вульгарно-примитивное, понимание и объяснение — исключительная привилегия малообразованных критиков и «дикого психоанализа». Тем не менее эта метафора достаточно точно отражает объективно существующие тенденции, о которых еще будет сказано ниже. Уже после описания этого комплекса Фрейд постулирует почти всегда присутствующую агрессивность ребенка по отношению к одному из родителей, чаще — одного с ним пола, объясняя эту агрессивность бессознательным желанием занять место одного из супругов во внутрисемейных отношениях.

Это тоже является метафорой, хотя ее поведенческие эквиваленты хорошо известны всем достаточно внимательным родителям: в определенном возрасте, а именно — соответствующем эдипальной фазе психосексуаль-



Жан Огюст Доминик
Энгр.

Эдип и Сфинкс. 1808

ного развития ребенка (4–6 лет), практически все наши дети в той или иной форме высказывают одну и ту же идею: «Вот вырасту и женюсь на маме» — или, соответственно: «...выйду замуж за папу». Это настолько обыденно, что мы даже не удивляемся, принимая этот вербальный эквивалент детских переживаний и влечений за одно из проявлений их сыновней



Симон Вуэ. Лот
с дочерьми. 1633

или дочерней, традиционно считающейся бесполой, любви. Хотя обычно ко времени этого заявления большинство родителей уже неоднократно были свидетелями проявлений первичной детской сексуальности, правда, до этого направленной только на собственное тело, что естественно и нормально для этого возраста. В период полового созревания направленность чувств ребенка на родителя противоположного пола постепенно преодолевается и происходит разрешение эдипова комплекса. Однако иногда эта направленность сохраняется гораздо дольше, негативно сказываясь на обретении реальных семейных и сексуальных партнеров даже во взрослой жизни.

Представления о психодинамике и метапсихологии

В 1900 г. (точнее, в ноябре 1899 г.) выходит одна из основных работ Фрейда: «Толкование сновидений». В этот же период для объяснения психических феноменов Фрейд вводит представление о *психодинамике*, т.е. переходит к рассмотрению психики как эпифеномена, тем самым ставя под сомнения представления о том, что психика — это обычная физиологическая функция мозга. В рамках этой концепции Фрейд также уточняет, что симптомы истерии, оговорки, случаи забываний и содержание сновидений нередко являются эквивалентами скрытых или неосознаваемых желаний и влечений человека. Если несколько упростить мысль ученого, *влечения* — это одухотворенные (в отличие от жестко запрограммированного поведения животных) формы реализации инстинктов. Это положение также тысячекратно подтверждено психоаналитической практикой. Параллельно Фрейд отказывается от применения гипноза и заменяет его *методом свободных ассоциаций*, т.е. свободным рассказом пациента, никогда не перебиваемого, ничем не ограничиваемого и никак не направляемого терапевтом. Как было обосновано позднее, течение этих рассказов, их внутренняя динамика и содержание всегда не случайны, а закономерно детерминируются содержанием бессознательной сферы.

Одним из разделов психоанализа и значительной частью его теоретической базы является разработанная Фрейдом *метапсихология*, в основе которой лежали представления о бессознательных процессах и структуре психического аппарата. Название этой области знаний было введено Фрейдом по аналогии с метафизикой (буквально — «то, что следует после физики») Аристотеля, который считал, что существуют явления, недоступные для органов чувств, постигнуть которые можно только теоретически

(кстати, именно таким образом Аристотель предсказал в свое время существование атомов).

Здесь были только обозначены основные открытия психоанализа, а с рядом других, изложение которых просто невозможно в кратком варианте, вы познакомитесь в следующих разделах учебника. Тем не менее, открывая ту или иную работу Фрейда (или его последователей), вы сможете немного лучше понимать то новое и революционное, что он привнес в современную науку и культуру.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Опишите клинику истерии.
2. В чем состояла специфика научной школы Жана Шарко?
3. Попытайтесь сформулировать определения идей переноса и вытеснения.

Рекомендуемая литература

1. *Решетников, М. М.* Элементарный психоанализ. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2003. — С. 14—48.
2. *Розен, П.* Фрейд и его последователи : пер. с англ. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2005. — С. 94—135.
3. *Элленбергер, Г.* Открытие бессознательного. История и эволюция динамической психиатрии : пер. с англ. — Ч. 1. От первобытных времен до психологического анализа. — СПб. : Информационный Центр Психоаналитической Культуры, 2001. — С. 162—182.

Глава 2

МЕТАПСИХОЛОГИЯ И БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теории бессознательного;
- основные концепции метапсихологии;

уметь

- характеризовать специфику сознания и бессознательного;
- приводить примеры бессознательных реакций;

владеть навыками

- дифференциации разных видов аффектов (стыда и вины) и защитных механизмов (отрицания, сублимации и регрессии);

- интерпретации вытеснения;

быть компетентным

- в профессиональном понимании различных инстанций психики.
-

Термином «*метапсихология*» обозначается общая система понятий и принципов, в соответствии с которой исследуется и описывается психическая деятельность человека как в норме, так и в патологии, а также механизмы ее функционирования. В этом отношении метапсихология играет такую же роль, как любая другая общая теория в той или иной области знания (в философии, физике, химии и т.д.), т.е. представляет собой систему идей, концепций, постулатов и связанных с ними законов и гипотез.

До появления метапсихологии основным направлением развития психологии, как и в других классических науках, являлся экспериментальный метод, с помощью которого изучались преимущественно *внешние (поведенческие) феномены* — скорость и пороги зрительного и слухового восприятия, скорость и точность двигательных реакций, объем внимания и памяти, а также некоторые (также внешние) характеристики интеллектуальных процессов. Характерно, что все эти внешние феномены изучались и интерпретировались как функции головного мозга. При этом многими выдающимися психологами вообще отрицалась возможность изучения процессов мышления, сознания и бессознательных процессов, мотивации, внутренних переживаний, сновидений, чувств и влечений и всего, что именовалось *субъективным*, ввиду его недоступности для непосредственного наблюдения, объективного измерения и повторения результатов опытов в стандартных условиях, как того требовала академическая наука.

2.1. Психоанализ в системе наук о человеке

Как известно, в первых университетах преподавались только знания, одобренные церковью: студенты изучали грамматику, логику, диалектику, физику, математику и, естественно, теологию. Намного позднее появились факультеты так называемых «свободных искусств», где изучались философия, юриспруденция, литература и т.д. Медицина также относилась к свободным искусствам. Но постепенно науки специализировались и дифференцировались. В результате в последующем выделились три основные группы: точные науки (например, физика и математика), естественные науки (биология и медицина), а также особая группа гуманитарных наук, к которой относятся искусствоведение, психология, социология, филология, философия и т.д.

В соответствии с традицией к академической науке относятся только те факты, которые являются универсальными, поддаются измерению и доказательству, т.е. те, которые можно сколько угодно воспроизводить в экспериментах с одним и тем же результатом, чтобы выявить общие закономерности и придать им четкую и непротиворечивую объяснительную систему. Типичным примером такого научного знания является закон всемирного тяготения. Эти области науки обычно именуются точными или экспериментальными (хотя, например, природа силы всемирного тяготения до настоящего времени является гипотетической).

В гуманитарных науках такие доказательства невозможны. Большинство из них являются описательными (идеографическими) или экспериментальными (от англ. *experience* — «опыт»), когда обобщения основываются на длительных наблюдениях и логическом рассуждении. Применительно к психологии это может быть связано, например, с изучением особенностей характера или своеобразия поведения отдельной личности или общества в целом. В качестве другого примера можно привести многократный анализ того, как люди объясняют мотивы тех или иных поступков, в результате которого можно вывести некое логически непротиворечивое обобщение. Однако главное состоит в том, что все это осуществляется не путем измерений и расчетов, а путем анализа тех или иных (не поддающихся точным характеристикам) феноменов и «вчувствования» в переживания конкретной личности или даже больших групп людей с целью понять, почему проявляются именно такие, а не иные психологические феномены и тенденции.

Таким образом, психология, как и большинство других гуманитарных наук, не столько изучает внешние условия, сколько обобщает опыт субъективных переживаний отдельных личностей, сопоставляет их с глубоко индивидуальными переживаниями других людей и на этой основе выводит определенные закономерности функционирования психики. Это позволяет сделать еще один промежуточный вывод о том, что с учетом ее предмета (не поддающейся непосредственному наблюдению психики) и ее основного метода (обобщения субъективного опыта) психология является не объясняющей, а понимающей и истолковывающей (интерпретативной) областью знания. Аналогичные подходы используются также в исследова-

нии произведений литературы и искусства, в том числе — мифов и сказок, когда анализируется, что данный сюжет значит для людей в целом или для какого-то отдельного человека. Но во всех случаях психология обращается к этому индивидуальному (всегда субъективному) опыту, чтобы приблизиться к более адекватному пониманию такой особой объективной реальности, каковой является психика. Точные науки также при необходимости прибегают к интерпретациям. Например, в интересах непротиворечивости той или иной физической теории электрон определяется то как элементарная частица, то как волна. С этой точки зрения нет никаких оснований сомневаться в научном характере как психоанализа, так и всех гуманитарных наук.

Итак, основой понимающей психологии и психоанализа являются герменевтика (искусство истолкования) и феноменология, т.е. изучение тех или иных психических феноменов в том виде, как они воспринимаются нашими органами чувств и сознанием.

В отличие от метафизики как одного из направлений философской науки, изучающей то, что существует в действительности, т.е. внешний мир и внешнее поведение человека в этом мире во всем многообразии его связей и отношений (частично на основе объективных наблюдений и опыта), метапсихология описывает психические явления преимущественно в терминах гипотетических конструкций. Основным объектом ее изучения является внутренний мир личности, т.е. не видимые и объективно не поддающиеся наблюдению внутренние психические процессы. Таким образом, то, что ранее именовалось субъективным (внутренние переживания, тревоги, потаенные чувства и влечения, в том числе асоциальные и запретные мысли, процессы забывания, случайные оговорки и ошибочные действия и т.д.), в психоанализе впервые становится реальным объектом изучения и анализа.

2.2. Метапсихология

Термин «метапсихология» был впервые введен Фрейдом в 1896 г., за два месяца до появления ставшего гораздо более известным понятия «психоанализ». Однако в научной литературе этот термин появился только в 1901 г. в работе «Психопатология обыденной жизни», где, рассматривая патологические феномены индивидуальной и общественной жизни, Фрейд приходит к выводу о том, что эти феномены представляют собой некую проекцию внутренних психических процессов на внешний мир (хотя они и скрыты в бессознательном). В своих более ранних письмах Фрейд характеризует область метапсихологии как то, что находится «по ту сторону сознания», и высказывает надежду, что, возможно, со временем метапсихология приведет к перестройке всей метафизики, и это позволит более адекватно объяснить индивидуальные и общественно-исторические процессы. В 1915 г. Фрейд предложил называть «метапсихологическим» только такое описание психических процессов, при котором учитываются динамические, топические и экономические отношения. Но прежде чем мы перейдем к этим понятиям, обратимся к проблеме бессознательного.

Бессознательное

Идея бессознательного существовала с незапамятных времен — еще древнегреческий философ Платон (IV в. до н.э.) говорил о таком способе исследования, как «познание-воспоминание», при котором знания извлекаются откуда-то из глубин психики. Из более близких источников следует упомянуть книгу Эдуарда Гартмана «Философия бессознательного» (1869), где автор, ссылаясь на выдающихся немецких философов первой половины XIX в. Фридриха Шеллинга и Артура Шопенгауэра, рассматривал бессознательное как абсолютное начало жизни во всех ее проявлениях.

Однако в этих и множестве других трудов бессознательное рассматривалось как философская категория, без какой-либо апелляции к его исследованию и раскрытию механизмов его функционирования. Более того, благодаря авторитетному мнению Рене Декарта, начиная с XVII в. господствовала точка зрения, что сознание и психика тождественны, т.е. за пределами сознания могут быть только физиологические процессы.

Используя метод свободных ассоциаций и анализа сновидений, Фрейд обосновал, что нельзя свести к сознанию все психические акты (*сознание — это далеко не вся психика* и даже не ее большая часть, что в настоящее время общепризнано). В последующем было развито положение о бессознательном психическом и обоснованы два его основных свойства: 1) в нем нет противоречий; 2) в нем нет времени. То есть в отличие от сознания (логического, словесного, якобы непротиворечивого и «забывчивого»), в бессознательном все фиксируется, никак не делится на реальное и фантастическое, все хаотически перемешано, бессловесно и существует в неопределенном времени. Эти свойства обосновывались, во-первых, анализом сновидений, где объединение персонажей и событий в фантастические образы и сюжеты нередко совершенно не соотносится с логикой, а во-вторых, анализом ошибок, оговорок, скрытых (даже от самого себя) мотиваций, якобы непреднамеренных действий и т.д., о чем еще будет говориться в следующих разделах.

Когда Фрейд формулирует идею о том, что прошлые, преимущественно отрицательные, переживания и впечатления вытесняются из сознания, подразумевается, что какие-то мысли или чувства настолько неприемлемы для пациента, что он, как уже говорилось, сам того не осознавая, не может помнить о них, но не может и забыть в обычном понимании этого слова. Поэтому такие переживания проявляются не как обычные воспоминания, а в виде их психических эквивалентов — тех или иных психопатологических симптомов (то, что невозможно постоянно помнить, но и нельзя забыть, проявляется в «вытесненном виде»). Уже в этот период был установлен еще один, по сути основной, элемент открытия Фрейда: определяющая роль словесных стимулов и системы памяти в возникновении и развитии приобретенной психопатологии. Здесь требуется дополнительное пояснение, так как в этот период в психиатрии практически безраздельно господствовала медико-биологическая гипотеза, предполагавшая, что все психические расстройства вызываются бактериями, вирусами, токсинами, травмами или иными повреждениями или нарушением физиологических

функций головного мозга. Аналогичные убеждения и гипотезы существуют до настоящего времени, поэтому неудивительно, что такие понятия, как «психическая травма» и «посттравматический синдром», а ранее и психосоматические расстройства вообще не признавались официальной медицинской наукой до 1980-х гг.

В системе бессознательного, по Фрейду, наблюдается высокая мобильность «вложений», т.е. содержаний интрапсихической сферы. Эта мобильность и является причиной смещения и *смещений* событий и персонажей (несовместимых и даже несуществующих) в снах, фантазиях и оговорках. Сам феномен смещения Фрейд назвал *«первичным процессом»*, а последующее образование или построение объяснительных логических цепей он обозначил как *«вторичный процесс»*. Поясним это на простом примере. Если вы по ошибке назвали любимую девушку Катю Машей — это первичный процесс, вызванный каким-то смещением (в бессознательном). Но если затем вы начинаете объяснять Кате, что сделали это случайно, «так как...» или «потому что...» — это уже вторичный процесс, как правило, не вполне совпадающий с истинными причинами допущенной ошибки.

В заключение этого подраздела стоит отметить, что к сфере бессознательного Фрейд относил прежде все биологически обусловленные желания и влечения, неприемлемые с точки зрения культуры и социального окружения и сопряженные с чувством вины и стыда (в первую очередь — сексуальные, агрессивные и деструктивные), а также травматические (болезненные, но вытесненные) переживания.

Понятие отрицания

Особым смыслом в метапсихологии Фрейда наполняется *понятие отрицания*. Согласно его интерпретации в отрицании (особенно если оно чрезмерно эмоционально окрашено) всегда отчасти скрывается доказательство отрицаемого. Чаще всего в рассказах пациентов мы встречаемся с категорическим отрицанием каких-либо негативных чувств в отношении родителей или братьев и сестер, но при более глубоком анализе «вдруг» неожиданно всплывает воспоминание о совсем иных чувствах. Другим существенным компонентом концепции метапсихологии является *чувство вины* (перед собой или кем-то другим), без которой, как свидетельствует практика, «не обходится» ни одна из форм психических расстройств. Повторим еще раз, что процессы бессознательного протекают вне времени, т.е. в бессознательном все фиксируется, сохраняется и существует одновременно (или в «неопределенном времени»), не делясь на прошлое, настоящее и будущее. Это логически последовательное деление появляется только в сознательной сфере. И в силу этого *забывание в психоанализе — это не «стирание» следов*, как это традиционно представляется, *а снятие причинно-следственных и временных зависимостей*. Но в связи с описанными свойствами (неуничтожимостью) бессознательного прошлое постоянно вторгается в настоящее (в сознание), но проявляется не в виде обычных воспоминаний, а в виде симптомов — психических нарушений, а также описок, оговорок, забываний, регулярного «теряния» одних и тех же вещей или в виде повторяющихся сновидений, которые также относятся к симптомам.

Психодинамика

Фрейд первым предпринимает попытку объяснить психопатологию, не прибегая к биологическим понятиям, и вводит представление о психодинамике, т.е. обосновывает, что причины психических расстройств находятся в самой психике, а не в физиологии мозга. Именно так появились представления о психике как эпифеномене. Это был революционный шаг, предопределивший развитие всех современных форм психотерапии и ряда новых направлений в психологии и медицине (в частности, психосоматической медицины). Для Фрейда, который считал себя эволюционистом и материалистом, это было достаточно смелым научным поступком, связанным с преодолением его прежних убеждений. Как любой ученый, кардинально меняющий свое мировоззрение, Фрейд, бесспорно, испытывал определенные колебания, поэтому писал об этом крайне осторожно. Он подчеркивал, что не располагал ни теоретическими, ни терапевтическими знаниями, подтверждающими связь органических процессов и психики, так что в исследованиях ему приходится вести себя так, как если бы перед ним было «только психическое».

В представлениях о психодинамике Фрейд привносит ранее обоснованный физиологом Германом Гельмгольцем для «живых систем» закон сохранения энергии. В частности, Фрейд утверждает, что любые психические содержания, которые хотя бы раз осознанно или неосознаваемо (в том числе на довербальном уровне развития ребенка) «вошли» в психику, никуда не исчезают и сохраняются на протяжении всей жизни. И далее автор отмечает, что эти содержания могут трансформироваться в другие психические содержания и определять те или иные (адекватные или патологические) мысли, переживания или поведенческие паттерны. В рамках этой концепции Фрейд также уточняет, что симптомы истерии (и других психических расстройств), ошибки, оговорки, случаи забываний и содержание сновидений нередко являются эквивалентами скрытых или неосознаваемых желаний человека или результатом мощных психических травм. Особое значение Фрейд придавал идее ранней (детской) сексуальной травмы, патогенность которой в последующем была тысячекратно подтверждена клинической практикой.

Психическая энергия и либидо

В метапсихологии понятию психической энергии, одной из разновидностей которой является сексуальная энергия (*либидо*), уделяется особое значение, хотя этот термин следовало бы признать наиболее неопределенным. Любому длительно практикующему специалисту приходилось встречать пациентов физически совершенно здоровых и крепких, но при этом практически полностью лишенных какой-либо психической энергии. Можно было бы также привести примеры, хотя и более редкие, когда люди, полностью истощенные физически, подавали примеры силы духа и психической энергии.

Как всем известно, любая работа сопровождается затратами энергии, а поскольку чувственная и мыслительная деятельность также могут харак-

теризоваться в терминах работы, то естественно, они также связаны с энергетическими процессами. Внутренняя работа сознания и реализация каких бы то ни было внутренних представлений, так же как и вытеснение или реализация других защитных механизмов, требует затрат или перемещения энергии от одной психической структуры к другой, в том числе — с одного внутреннего объекта на другой (в психоанализе этот процесс именуется вложением энергии или *катексисом*). В целом, в наиболее простой форме закон психической экономии состоит в поддержании оптимального уровня психического функционирования при минимизации затрат энергии.

Психическая защита

Существенное значение в своих разработках Фрейд придавал феномену «психической реальности», которая отражает, а нередко и замещает, внешнюю, объективную реальность, но никогда полностью не соответствует последней. Например, кто-то уверен, что его возлюбленная — самая прекрасная женщина на свете. Это его психическая реальность, которую многие могут не разделять. Но вряд ли им удастся переубедить влюбленного, какие бы рациональные мотивы они ни приводили. С аналогичной ситуацией мы сталкиваемся и в клинической практике. Можно сколько угодно убеждать пациента, что его депрессия или психосоматическое расстройство, его подозрения или его чувство вины не имеют под собой никакой основы, но это останется исключительно нашей точкой зрения, а пациент будет чувствовать себя непонятым и разочарованным, так как в его психической реальности все обстоит именно так, как он чувствует и понимает. Поэтому в психотерапии *мы всегда работаем не с реальностью, а с психической реальностью пациента*, какой бы искаженной, пугающей или даже отталкивающей она ни была.

В последующем в современной психологии на базе положения о психической реальности сформировались представления о «пристрастности сознания» и «субъективности восприятия», хотя последние все же существенно обедняют исходный смысл и содержание этого феномена.

Параллельно Фрейд высказывает гипотезу, что между внешней (нередко чрезвычайно травматичной) и психической реальностью всегда существует некое подобие «экрана», который выполняет охранительную функцию, не допуская определенные мысли и переживания на уровень сознания. В дальнейшем этот тезис получил развитие в целой серии работ по «защитному восприятию». Существование защитного экрана обосновывалось тем, что внешняя реальность в ряде случаев предъявляет непосильные требования к психике и поэтому последняя вырабатывает системы защиты, часть из которых генетически предопределена, а часть — формируется в процессе жизни и развития, т.е. относится к приобретенным психическим образованиям. Фрейд считал, что важнейшей (для психопатологии) формой защиты является *вытеснение*, т.е. перевод неприемлемых для личности психических содержаний из сознательной сферы в бессознательное и удержание их там. Эта форма защиты иногда определялась автором как «универсальное средство избегания конфликта», когда неприемлемые

воспоминания, мысли, желания или влечения как бы вообще устраняются из сознания и человек актуально ничего о них не помнит (но они все равно есть в психике и определяют его отношения и поведение).

Психические инстанции (топика Фрейда)

Система психологической защиты, по Фрейду, имеет топiku, т.е. соответствующие инстанции сохранения и функционирования интрапсихических образований и содержаний и специфические «барьеры», разделяющие реальность, бессознательное и сознание.

Первая из разработанных Фрейдом топик включала три инстанции: Бессознательное, Предсознательное и Сознание. При этом Предсознательному отводилась роль своеобразного «посредника» между Бессознательным и Сознанием. Фрейд особо подчеркивал, что Предсознание — это еще не Сознание, но уже и не Бессознательное, так как между ними находится «цензура» (или — «барьер вытеснения»), предназначение которой — не допустить в сознание бессознательных (травмирующих) мыслей и желаний. Нужно отметить, что в этой топике термин «бессознательное» употребляется уже не как прилагательное, а как существительное — наравне с сознанием.

Вторая топика, в которой Фрейд также выделял три инстанции, более известна — это Я, Сверх-Я и Оно. Под Оно подразумевается вся сфера влечений человека, включающая (в норме) уравнивающие друг друга влечения к жизни и смерти, сексуальное влечение и практически всю сферу инстинктов. Это наиболее примитивные компоненты психики. В Оно все хаотически перемешано, крайне неустойчиво и подчинено преимущественно «принципу удовольствия», являющемуся одним из ведущих регуляторов всей психической жизни, и проявляющемуся в стремлении, с одной стороны, избегать неудовольствия, а с другой — неограниченно реализовывать чувство наслаждения.

Но это стремление никто и никогда не может реализовать полностью, так как принципу удовольствия (Оно) противостоит принцип реальности (Сверх-Я — система моральных норм и запретов, формирующаяся на основе социализации личности и интроекции родительских образов и запретов). Оно — это еще, некоторым образом, не психическое, а только психический эквивалент «соматических переживаний», близкий к инстинктам и естественным «позывам», общих у людей и животных. Сразу отметим, что невольные опыты воспитания человеческих детей в животных сообществах показали, что никаких сугубо человеческих функций, включая речь, прямохождение, стыд, совесть и т.д. при этом не формируется.

Я — это, с одной стороны, главная психическая инстанция, контактирующая с реальностью и тестирующая последнюю, а с другой — своеобразный «фильтр» между внешними условиями и моральными установками и внутренними побуждениями, т.е. между Сверх-Я и Оно. При этом Я находится в зависимости и от первого, и от второго. Но в отличие от Оно Я *старается* следовать принципу реальности — требованиям и запросам культуры, социума и внешнего мира. Сверх-Я — это социально опосредо-

ванное Я, высшая «судебная» инстанция в структуре индивидуальной душевной жизни, носитель моральных норм и стандартов, т.е. та психическая структура, которая в первой топике обозначалась Фрейдом как «цензура». Таким образом, если несколько упростить концепцию Фрейда, у каждого из нас существует властно побуждающее личностное на удовлетворение желаний Оно, которому противодействует Сверх-Я, и принимающее конкретное решение (кому же отдать предпочтение) Я.

Агрессия и сублимация

Если Я совершает что-либо угодное Оно, но не угодное Сверх-Я, то личность испытывает чувство вины. А поскольку требования Оно и Сверх-Я чаще всего несовместимы, то внутренние конфликты практически неизбежны. Однако их индивидуальная сила и значимость определяются именно регулирующей функцией Я, на укрепление и интеграцию которого обычно направлено терапевтическое воздействие.

Подавление и вытеснение требований Оно осуществляется с помощью уже упомянутых защитных механизмов. Однако, даже переместившись в бессознательное, запретные мысли и желания продолжают определять поведение человека и периодически «прорываются» на сознательный уровень в виде обмолвок, описок, сновидений, фантазий наяву и других симптомов. При недостаточной интеграции Я и ослаблении защитных механизмов эти вытесненные переживания «перегружают» бессознательное, и тогда возникают тревожные состояния, депрессия или другие нарушения психической регуляции, обычно в форме возврата на более примитивные уровни реагирования или более ранние ступени развития мышления и поведения, что Фрейд обозначил термином «*регрессия*». Одной из форм такого регрессивного поведения является ауто- (направленная на себя) или гетеро- (направленная на других) агрессия. Другой формой «переключения» запретных влечений является *сублимация*, сущность которой состоит в разрядке сексуальных или иных импульсов (например, побуждающих к жестокости или к соперничеству) посредством социально одобряемой деятельности. Разновидностью сублимации является художественное и научное творчество.

Чувство вины

Чувство вины в метапсихологии Фрейда обычно связывается с нарушением этических норм поведения, в том числе с мыслями о возможности таких действий или поступков. Таким образом, понятие вины в психологии Фрейда отчасти аналогично понятию греха, совершенного в отношении самого себя или против воли своего Сверх-Я. Поэтому индивидуальная реакция на содеянное или допущенное в помыслах зависит от воспитания и того, что конкретной личностью понимается как недозволенное или недопустимое.

Еще раз подчеркнем, что именно Я устанавливает отношения между личностью и объектами ее влечений и желаний. Если предельно упростить представления о топике психических явлений, можно сказать, что с точки

зрения общественной морали Оно — совершенно цинично и аморально, Я старается соответствовать общепринятым нормам, а Сверх-Я представляет собой культурные и этические запреты, религиозные представления о долге, свод писаных и неписаных законов, принятых в обществе. При этом по отношению к Я могущественное Сверх-Я, как и Оно, может быть столь же властно побуждающим к определенным типам поведения и не менее жестоким.

«Давление» на личность Сверх-Я, или то, что называется социальным, впервые обнаруживается ребенком в лице родителей, а именно — в их запретах, а затем и во всех других ограничениях, налагаемых культурой. Таким образом, культура — это то, что налагает запреты.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. В чем отличие метапсихологии от других психологических направлений?
2. Назовите психические инстанции (согласно топикам Фрейда).
3. Перечислите и поясните основные свойства бессознательного.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Я и Оно // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 291—352.
2. *Фрейд, З.* Бессознательное // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 111—128.
3. *Фрейд, З.* Вытеснение // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 79—110.

Дополнительная

Савченкова, Н. М. Введение в философский психоанализ : методическое пособие. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2002. — С. 6—35.

Глава 3

БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ В ОБЫДЕННОЙ ЖИЗНИ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теории ошибочных действий;
- концепцию юмора и его отношения к бессознательному;

уметь

- исследовать ошибочные действия;
- выявлять недосказанное;

владеть навыками

- анализа ошибочных действий;
- интерпретации ошибочных действий;

быть компетентным

- в профессиональном анализе ошибочных действий и других проявлений бессознательного в обыденной жизни.
-

Под проявлениями бессознательного в обыденной жизни обычно понимаются ошибочные действия: оговорки, описки, трудности припоминания, случаи забывания (вещей, имен, обещаний), которые случаются со всеми людьми. В эту же группу включаются неконтролируемые двигательные акты, не соответствующие или не вполне соответствующие ситуации, в ряде случаев создающие ощущение неловкости. Обычно такие ситуации характеризуются как случайные, связанные с невнимательностью, забывчивостью, усталостью и т.д., однако Фрейдом было обосновано, что в большинстве случаев эти ошибочные действия строго детерминированы содержанием бессознательной сферы, бессознательными мотивами и скрываемыми даже от самих себя намерениями тех, кто их совершает.

3.1. Ошибочные действия

Начало научного анализа этой проблемы связывают с публикацией статьи Фрейда под названием «О психическом механизме забывчивости» (1898). Однако наиболее полное изложение этой феноменологии и ее механизмов отражено в его книге «Психопатология обыденной жизни» (1901). Позднее Фрейд отмечал, что в этой работе он хотел показать, что влияние бессознательного проявляется не только при психических расстройствах, но и в обычном поведении совершенно здоровых людей.

Говоря о биосоциальной природе человека, следует признать, что ему присущи все инстинктивные формы поведения, в частности — пищевой и половой инстинкты, а также инстинкт самосохранения, заботы о потомстве и собственности (самке или территории), общие с животными. Кроме этого, существуют так называемые специализированные инстинкты, например: строительный — у бобров, миграционный — у птиц, инстинкт агрессии — у хищников, инстинкт борьбы, территории, стадный инстинкт и т.д. У человека проявления этих инстинктов приобретают культурное обрамление и выражаются в виде влечений. Но инстинкты никуда не исчезают, а находятся в подавленном состоянии в бессознательном, периодически спонтанно прорываясь на уровень поведенческих реакций, или наоборот — тормозят или извращают эти поведенческие реакции. В этих случаях мы сталкиваемся с ситуацией, когда культура и ее запреты диктуют определенные формы поведения, а властно побуждающие инстинкты противодействуют или сопротивляются этим запретам.

Ошибочные действия (описки, ошибки, забывание) наиболее часто случаются, когда бессознательно или даже вполне сознательно пытаются подавить или скрыть какую-то мысль, идею или отношение, открытое провозглашение которых неприемлемо, не соответствует эталонам культуры, региональной или национальной традиции или специфике ситуации.

Приведем достаточно хрестоматийный пример из работы Фрейда. Некий господин *У* безнадежно влюблен в даму, которая вскоре выходит замуж за господина *Х*. Хотя *У* очень давно знает *Х* и имеет с ним постоянные деловые контакты, он тем не менее всегда забывает его фамилию, и всякий раз, когда ему нужно написать *Х* деловое письмо или что-то ему передать, он должен напрягать память или даже спрашивать у других: «Как же его фамилия?». Совершенно очевидно, что здесь присутствует и подавленное чувство агрессии, и ревность, и желание вообще не знать своего счастливого соперника. В целом, надо признать, что сюжеты агрессии, постыдных поступков и откровенной подлости (со стороны, казалось бы, вполне приличных людей) в отношении счастливых соперников и соперниц многократно тиражированы в литературе и киноискусстве, а еще более часты — в криминальной практике. Это позволяет отнести такие постыдные поступки к своеобразным вариантам ошибочных решений и действий, тем более что во многих случаях они сопровождаются раскаянием и признанием вины. Но можно сделать и еще один вывод: как бы ни пытались вытеснить нарциссическую обиду личности, отвергнутые их возлюбленными, властью или социумом, потребность в отреагировании и мести всегда продолжает действовать.

Приведем еще один пример. Если в порыве страсти вы вдруг назвали *Х* именем некой/некоего *У*, независимо от того, известно ли *Х* о существовании бессознательного или нет, он или она сильно огорчится от этой ошибки, а если *Х* в дополнение ко всему может догадываться, о каком/какой именно *У* идет речь, это, возможно, станет причиной размолвки или даже крупной ссоры. Если после этой ошибки вы попытаетесь объяснить, что ошибка произошла потому-то и потому-то, это мало изменит ситуацию. Следует еще раз повторить: допущенная ошибка в психоанализе обычно

обозначается как *первичный процесс* (истoki которого находятся в бессознательном), а последующие попытки ее объяснения — как *вторичный* (вполне сознательное, но привнесенное объяснение).

Оговорки

Оговорки наиболее часто случаются тогда, когда человек хочет скрыть свои истинные чувства или намерения или когда он одновременно (бессознательно) желает наступления какого-то события и не хочет сознательно признавать его желательность. Например, пациентка, мать и отец которой живы и здоровы, рассказывает о смерти бабушки, которую она периодически обозначает как «маму отца». В процессе одной из сессий она вдруг начинает свой рассказ со слов: «Когда мама умерла...», аналитик замечает эту ошибку, пациентка вначале удивляется своей «оговорке», а затем признает: «Да, я хотела ее смерти».

В данном случае имеет место вариант ошибочного действия (оговорки), возникшей в результате столкновения двух различных намерений, и для понимания смысла ошибки необходимо прежде всего прояснить данные намерения. Как прояснилось в последующем, дочь была чрезвычайно привязана к отцу и испытывала явные негативные чувства к матери.

Фрейд выделяет два типа намерений: *нарушенное намерение* и *нарушающее намерение*. Нарушенное намерение, как правило, не вызывает трудностей для своего обнаружения. Человек, совершивший ошибочное действие, знает об этом намерении и признает его. Например, пациентка говорит: «Я всегда любила свою сестру» и, помолчав, добавляет: «Чтоб она сдохла!» Тут же она виновато улыбается: «Вот такая любовь...». Это нарушающее намерение в каких-то случаях может быть явно выраженным, и человек догадывается о нем. Но в некоторых случаях «ошибка» может лишь частично выражать первоначальное намерение или исказить его, в результате чего утрачивается его истинное понимание. Задача психоаналитического подхода заключается в выявлении нарушенного и нарушающего намерения. У совершившего ошибочное действие человека нужно спросить, почему он совершил именно это действие и что он может о нем сказать. Первое объяснение, которое придет ему на ум, станет отправной точкой психоаналитического исследования. Здесь уместно еще раз вспомнить о важнейшей из техник психоанализа — методе свободных ассоциаций, согласно которому мысль, появившаяся в нашем сознании в связи с той или иной темой, событием или образом, вовсе не является случайной; к ней нужно отнестись с особым вниманием и рассматривать ее в качестве психического факта.

Иногда совершивший ошибочное действие человек сам в состоянии понять смысл этого действия, поскольку он знает о своем нарушенном намерении и догадывается о намерении нарушающем, как в случае, когда пациентка сообщила о «смерти» матери. Но бывают ситуации, когда человек не догадывается о нарушающем намерении или никак не хочет признать существование обоих намерений, предопределивших его ошибочное действие. Тогда задачей аналитика становится исследование косвенных факто-

ров, посредством анализа которых можно понять и довести до сознания пациента смысл его ошибочного действия. Учитывая, что психоаналитик не имеет права допускать никаких оценочных суждений (типа «хорошо — плохо», «правильно — неверно», «похвально — стыдно» и т.п.), уместно такое образное сравнение: совершившего ошибочное действие человека (его бессознательное) можно рассматривать в качестве подсудимого, а его сознательное моральное Я — как судью. В том случае, когда обвиняемый (преодолевая внутреннее сопротивление) признается в своем поступке (мысленном поступке), личность растет. Но если обвиняемый отрицает свою вину и стремится отвести от себя любые подозрения, то психоаналитик вправе не верить ему, и тогда он задает дополнительные вопросы, выступая, скорее, на стороне морального Я пациента.

Забывание

Еще один пример. Начальник одного из офисов столичной компании в Санкт-Петербурге никак не может запомнить имя и отчество своего московского начальника. Причем имя достаточно обычное. Он заучивает это имя, пишет на календаре, перед тем как созвониться, но каждый раз напрягается, чтобы не ошибиться. Почему это происходит, ему непонятно. В процессе анализа выясняется, что именно так звали его преподавателя по математике, который постоянно унижал его и посмеивался над его способностями. При этом аналогичные случаи «забывания» случались и в школе, правда, тогда — в отношении заученных наизусть математических формул и правил.

Слово или имя забываются не потому, что они плохо выучены. Забывание связано с тем, что слово связано с негативными эмоциями, похоже или даже аналогично какому-то другому слову или имени, на которое направлено сопротивление, и оно провоцирует внутренний конфликт, проявляющийся в забывании. Забывают также то, что хотели сказать, но подсознательно чувствовали, что сказанное может поставить говорящего в неловкое положение или будет оценено как оплошность или неуважение к тому или иному авторитетному собеседнику, даже если забытая мысль, факт или идея были наиболее верными и уместными. Человек не просто сознательно «придерживает язык», а действительно забывает и затем порой часами пытается вспомнить то, что он хотел сказать.

Особую группу составляют действия, которые совершаются автоматически. Например, муж с женой поздно вечером входят в пустой вагон метро. Каждый думает о своем. В какой-то момент жена кладет свою руку на руку мужа, лежащую на поручне, и он сразу ее отдергивает и тут же извиняется перед ней, объясняя, что подумал, что это кто-то другой. Но в вагоне никого нет. Это неприятно поразило женщину, и этот материал она принесла на очередную сессию анализа. В последующем оказалось, что у мужа уже давно есть другая женщина. Фрейд по поводу таких автоматических действий отмечал, что они отличаются особой точностью. Так же как клинические симптомы «сигнализируют» о каком-то психическом расстройстве, ошибочные действия демонстрируют некий внутренний кон-

фликт и проявления наших бессознательных желаний, влечений и стремлений, которые могут быть связаны как с актуальной ситуацией, так и со всем предшествующим жизненным опытом. Ошибочное действие как бы проявляет то, что сознательно мы хотели бы скрыть.

Кто-то пообещал кому-то принести книгу или конспект, но вот уже в третий раз забывает это сделать. Он действительно забывает, но в этом случае забывание становится чем-то вроде бессознательно реализуемой уловки — на самом деле он не хочет давать эту книгу или конспект этому человеку даже на какое-то время. Точно так же забывают позвонить, предупредить, поздравить и т.д. Нельзя отрицать, что знание этих механизмов достаточно поучительно.

Описки и симптоматические действия

По аналогичным сценариям происходят и описки. Например, у одного профессора-врача достаточно сложные и конфликтные отношения с другим, хотя он и признает высокий уровень профессионализма своего коллеги. В письме к своему другу этот профессор рекомендует ему проконсультироваться и посоветоваться с этим малоприятным, но весьма искусным хирургом. Однако в письме вместо предложения «посоветоваться» вдруг откуда-то появляется слово «поссориться».

Ошибочные действия, которые приводят к падениям, ранам или другим несчастным случаям, могут быть связаны с чувством вины и потребностью в наказании, которому личность подвергает себя за те или иные проступки или даже мысленные преступления.

В эту же группу можно было бы отнести и *симптоматические действия*, которые наблюдаются в процессе психотерапии. Симптоматическими действия называются в тех случаях, когда они существенно отличаются от вербального материала, на фоне которого проявляются. Например, пациентка на протяжении нескольких сессий рассказывает о том, как мучаются ее подруги с повзрослевшими детьми, и периодически повторяет: «Слава Богу, у меня нет детей». В процессе одной из сессий она что-то говорит о возможности удара по голове и параллельно двумя сложенными руками несколько раз нажимает на низ живота. Естественно, аналитик фиксирует это и спрашивает, почему, говоря об ударах по голове, она одновременно сделала такое движение. Пациентка тут же, отчасти «невпопад», поясняет: «А по низу живота меня бить бесполезно. Там у меня все удалено». И это придает качественно иную окраску ее выражению «Слава Богу, у меня нет детей», так же как и последующей направленности терапевтической работы.

Одна из задач психоаналитического исследования и состоит в раскрытии смысла ошибочных действий, которые прямо или косвенно проявляются в материале пациентов. Забывают то, что хотят забыть, теряют то, что хотят потерять, но не знают об этих скрытых даже от самого себя желаниях. Поэтому специфика психоаналитического исследования состоит в том, чтобы благодаря выявлению бессознательных намерений человека дать ему возможность жить более осознанной и более полной жизнью.

В заключение можно попытаться, следуя за Фрейдом, классифицировать ошибочные действия, выделив как минимум три группы. Первую группу ошибочных действий составляют оговорки, обмолвки, описки, очитки, ослышки. Вторую — временное забывание имен, фамилий, словосочетаний, впечатлений, обещаний и выполнения намерений. Третья группа включает случаи, когда человек сам что-то спрятал, но не может вспомнить куда. К этой же группе относятся различные варианты, когда какие-то (нередко одни и те же) вещи постоянно теряются (деньги, ключи от квартиры или машины, только что где-то записанный телефон и т.д.). Четвертая группа — ошибочные двигательные акты, приводящие к самоповреждению. И пятая — симптоматические действия.

Изложенный материал вовсе не отрицает того, что нарушение нормальной психической или двигательной активности человека может быть вызвано также различными физиологическими причинами, включая, например, нездоровье, переутомление, состояние волнения или тревоги.

3.2. Юмор и бессознательное

Особое внимание в психоаналитическом исследовании пациента, а позднее и в изучении языка и культуры, Фрейдом уделялось остротам и двусмысленностям, которые он обозначил термином «*социальное*». Постулируя необходимость выделения категории социального и подчеркивая его отличие от сновидений (одна из функций которых также состоит в доставлении удовольствия), автор теории психоанализа уточнял, что остроты и двусмысленности доставляют удовольствие только в процессе межличностного общения. И в этом их главное отличие от сна, когда осуществляется внутренняя работа психики и «информационный обмен» между сознанием и бессознательным, в процессе которого последнее хочет нам что-то сообщить. При этом для получения удовольствия от острот и двусмысленностей нужно, во-первых, чтобы используемые слова выражали значения, отличающиеся от общепринятых, и во-вторых, чтобы этот второй смысл был понятен всем собеседникам, так как только в таком случае возникает специфический процесс их объединения этим пониманием. На этом психологическом эффекте построены многие литературные и сценические жанры.

Этот особый вид общения, в основе которого лежат остроумные обороты, каламбуры и недомолвки, красноречивые жесты и другие средства невербальной коммуникации, а также возникающие при этом эффекты, Фрейд назвал «*восстановлением полного смысла*». Образно говоря, нашему сознанию «приятнее» обнаруживать скрытый смысл, чем получать его в «разжеванном» виде. Этот же психологический феномен лежит в основе огромной скорости распространения свежих анекдотов и трансформации (с учетом индивидуальной составляющей восстановления полного смысла) всевозможных слухов, нередко базирующихся лишь на оброненных кем-то недомолвках и многозначительном умалчивании об источниках информации. «Восстановление полного смысла» в индивидуальном сознании может

принимать самые непредсказуемые формы. Характерно, что большинство подобных анекдотов и шуток тяготеют к запретным темам — генитальной сфере и сексуальным отношениям, поэтому предполагается, что читатель поищет примеры самостоятельно. Фрейд, описывая этот феномен, отмечал, что острота обычно «содействует удовлетворению влечения (похотливого или враждебного)», даже вопреки стоящему на его пути запрету и препятствию — она обходит это препятствие.

Таким образом, если цель сновидений, по Фрейду, состоит в достижении психологического комфорта путем бессознательного отреагирования тем, доставляющих в бодрствующем состоянии неудовольствие, то предназначение остроумия — доставлять удовольствие непосредственно. Естественно, что последний механизм, связанный с сугубо человеческой (вербальной) коммуникацией в сравнении со сновидениями является более поздним.

В работе «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905) основатель психоанализа подчеркивал, что в целом остроумие и юмор представляют собой не что иное, как способы получения дополнительного удовольствия от психической деятельности, сравнимого с тем, которое имело место в инфантильной жизни, но было утрачено в период взрослости. Каждый из нас в детстве получал удовольствие, не прибегая к излишним сдержкам в выражении своих эмоций и чувств, а взрослому человеку приходится постоянно контролировать и согласовывать свою психическую деятельность не столько с принципом удовольствия, сколько с принципом реальности и запретами культуры. Чтобы чувствовать себя в жизни счастливым, ребенку не требуется ни остроумие, ни юмор. Он получает удовольствие непосредственно от своей деятельности и общения.

Исследуя феномен остроумия и сравнивая его со сновидениями, Фрейд пришел к выводу о необходимости выделения общего и отличий между ними, связанных с их отношением к бессознательному. Особенности воздействия острот на человека он соотносил с определенными формами вербальной активности, в которых также (как и в сновидениях) присутствуют элементы сгущения и смещения. Фрейд неоднократно возвращался к этой теме, отмечая, что все-таки сновидения — это в основном исполнение желаний, пусть и трансформированное до неузнаваемости; а остроумие — это игра. Сновидение всегда в той или иной мере сохраняет связь с жизненными интересами и влечениями и пытается реализовать потребности личности «окольным путем галлюцинаций». А остроумие, наоборот, пытается извлечь удовольствие из ситуаций, не связанных с индивидуальными потребностями личности, из внешнего мира и является своеобразным побочным продуктом психической деятельности. Таким образом, сновидение служит преимущественно возмещению удовольствия, а остроумие — приобретению удовольствия.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Каковы основные психические механизмы ошибочных действий?
2. Поясните первичный и вторичный процесс при оговорках.
3. Дайте характеристику симптоматического действия.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Семейный роман невротиков // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 4. Психологические сочинения. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 237—242.
2. *Фрейд, З.* Жуткое // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 4. Психологические сочинения. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 261—298.
3. *Фрейд, З.* Юмор // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 4. Психологические сочинения. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 299—308.

Дополнительная

- Фрейд, З.* Острота и ее отношение к бессознательному // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. — Т. 4. Психологические сочинения. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 9—32.

Глава 4

ФУНКЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО АППАРАТА

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- определение и функции психического аппарата;
- специфику подсистем психического аппарата в контексте топической и структурной моделей;

уметь

- раскрывать содержание понятий: Бессознательное, Предсознательное, Сознательное;

- дифференцировать особенности психических систем Ид, Эго, Супер-Эго;

владеть навыками

- анализа конфликта между различными подсистемами психического аппарата;
- интерпретации бессознательного чувства вины и невротической потребности в наказании;

быть компетентным

- в профессиональном использовании основных понятий классической концепции психического аппарата.
-

Понятием «*психический аппарат*» объединяются гипотетические структуры, ответственные за все проявления психического, которым придаются характеристики локализации, протяженности в пространстве, структурного взаимодействия и экономического (энергетического) обмена. Концепция, согласно которой психическая деятельность (сознательная, предсознательная и бессознательная) локализуется в определенной части психического аппарата, называется топографической. Концепция, которая описывает психику в терминах взаимодействия ее частей (сознательной, предсознательной и бессознательной), получила наименование структурной. Когда хотят подчеркнуть энергетическое взаимодействие различных элементов психики (сознательной, предсознательной и бессознательной), обычно используют понятие энергетической модели. Но во всех трех случаях речь идет об одних и тех же структурах, функциях, механизмах их деятельности и развитии представлений об этих структурах, при этом каждая из моделей обладает самостоятельной ценностью для понимания содержания и сути внутренних психических процессов.

4.1. Понятие психического аппарата

В этой главе мы еще раз вернемся к теме отношений сознательных и бессознательных психических процессов и их влияния на поведение лич-

ности. Предположение о существовании особого психического аппарата Фрейд сформулировал в 1895 г., когда отказался от попыток объяснения всех проявлений душевной жизни людей (как в норме, так и при психопатологии) с точки зрения физиологии мозга. Нужно отметить, что такие попытки психофизиологического подхода продолжаются до настоящего времени. В результате было сделано достаточно много открытий в области анатомии, физиологии и биохимии, однако это не принесло ничего нового в понимание природы психики и внутренних психических процессов, содержание которых по-прежнему остается гипотетическим. Вместе с тем клиническая психоаналитическая практика со всей очевидностью демонстрирует, что установленные Фрейдом закономерности позволяют гораздо эффективнее исследовать психику, понимать психические феномены и осуществлять терапию лиц, страдающих психическими расстройствами.

В академической психологии под психическими процессами понимаются память, внимание и мышление, но с психоаналитической точки зрения это не совсем верно, так как на самом деле речь идет о внешних проявлениях этих процессов, непосредственно наблюдаемых и поддающихся измерению в экспериментах. Собственно психические процессы в таких случаях остаются за пределами изучения и анализа. И даже когда испытуемым предлагается описывать (проговаривать) стадии мышления и процессы принятия решений, исследование лишь слегка вторгается в сферу сознания, которое, как уже было отмечено выше, составляет лишь внешнюю часть психики.

В психоанализе под психическим аппаратом подразумеваются *внутренние* (не поддающиеся непосредственному наблюдению) психические процессы, система взаимосвязей и взаимоотношений психических функций, их временная и пространственная последовательность. Несмотря на то, что психические процессы реализуются на основе физиологических, они не являются их аналогами — они сами по себе определенным образом упорядочены и обусловлены взаимодействием различных психических подсистем. При этом одной из главных функций психического аппарата является регуляция энергетического обмена, в частности поддержание внутреннего психического «гомеостаза» (постоянства) на максимально возможном низком уровне функционирования (принцип экономии), что осуществляется путем преобразования свободной энергии в связанную (теми или иными структурами психики). Повторим еще раз — все эти представления являются гипотетическими, и лишь их тысячекратные подтверждения в клинической практике позволяют говорить о них как о чем-то объективно существующем. И научного подхода здесь ничуть не меньше, чем в изучении черных дыр или искривлений пространства в астрофизике.

Другими важнейшими функциями психического аппарата являются: 1) адаптация личности к требованиям внешней природной и социальной среды (следуя принципу реальности); 2) приспособление к внутренним потребностям (диктуемым принципом удовольствия); 3) защита психики от болезненных (аффективных) переживаний и неприемлемых представлений (противоречащих желаниям, убеждениям или моральным нормам личности); 4) отделение воспоминаний от актуальных переживаний и восприятий.

Предполагается, что при рождении человека психический аппарат существует лишь в зачаточном состоянии (что подтверждается уже упомянутыми примерами воспитания человеческих детей в животных сообществах), однако по мере социализации и развития он многократно усложняется.

4.2. Развитие метапсихологических идей

Теорию психического аппарата З. Фрейд развивал на протяжении всей жизни, многократно изменяя и дополняя свои идеи под влиянием фактов, полученных в клинической практике. Фрейд стремился понять природу психопатологии, и его первое открытие было связано с выявлением и признанием роли психических травм (и в первую очередь детской сексуальной травмы, что получило наименование *«теория соблазнения»*) в психогенезе истерии и других неврозов. Однако затем он отказался от теории соблазнения, посчитав, что воспоминания пациентов, страдающих психическими расстройствами, об их совращении в раннем детстве (ближайшими родственниками) могут порождаться их фантазиями. Тем не менее Фрейд отметил, что эти фантазии могут быть следствием реально присутствующих в психике, но бессознательных желаний и влечений таких пациентов.

В последующие годы (1897—1923) Фрейд разрабатывает клиническую теорию бессознательного. Первая созданная им теория получила название топографической (или — первой топики). Термин «топографический» происходит из древнегреческого языка и описывает взаимное расположение и очертания отдельных пространственных областей. С помощью топографической модели Фрейд пытался гипотетически определить (или расположить) психические феномены в некоем пространстве относительно сознания (которое было избрано в качестве точки отсчета). В соответствии с первой топикой психический аппарат разделялся на три части, каждая из которых наделялась своими признаками или функциями, определенным образом соподчиненных и соупорядоченных, со своей энергетической нагрузкой и своим внутренним (интрапсихическим) содержанием. В частности, были выделены Бессознательное, Предсознательное и Сознательное. При этом, подчеркнем еще раз, речь шла не об анатомической локализации нервных или психических процессов, а о системе психики как эпифеномене. Сущность новой гипотезы состояла в том, что в качестве основной причины неврозов выдвигалась не психическая травма (как ранее), а интрапсихический конфликт, который развивается в результате нарушения психического гомеостаза, а именно — нарушения баланса отношений между Бессознательным (системой влечений) и сознательной частью психики (включающей ее представления о себе, вытесненные воспоминания и моральные запреты).

Однако и эта модель не вполне удовлетворяла создателя психоанализа. Понятие «бессознательного» оказалось слишком общим и неопределенным. Одновременно с этим клиническая практика показывала, что многие процессы, относящиеся к подсистемам «сознательного» и «предсоз-

нательного», также обладают качеством «бессознательного». Например, прошлые аффекты, локализующиеся в предсознательном, могут актуально (без специального исследования) не осознаваться, но оказывать влияние на поведение и мотивации личности. Фрейд сделал существенный шаг вперед, когда, исследуя *негативную терапевтическую реакцию*, т.е. неожиданное ухудшение состояния в процессе успешной терапии, выявил существование «бессознательного чувства вины» и «бессознательную потребность в наказании». В этот же период вводятся представления о сопротивлении (успеху терапии), при этом феномены, имеющие отношение к сопротивлению, могли проявляться как в системе «бессознательного», так и в «предсознательном», а это не соответствовало топической концепции психического аппарата, где каждая структура психики представлялось в виде строго изолированной от других и самостоятельной. Поэтому в последующих работах Фрейд обосновывает существование дополнительной психической структуры — Сверх-Я, позволяющей описывать наблюдаемые психические феномены более адекватно.

В 1923 г. Фрейд переходит ко *«второй топике»*, или *структурной модели психического аппарата*, обосновывая разделение психики на три инстанции: Оно, Я и Сверх-Я. В структурной модели Сознание интерпретируется уже не как отдельная подсистема, а как одна из психических функций, которая (наряду с другими) локализуется в Я. При этом признавалось, что бессознательные процессы, которые ранее относились только к Оно (где бессознательное безраздельно господствует), могут происходить также в Я и в Сверх-Я. Для большинства современных аналитиков трехкомпонентная модель остается наиболее приемлемой (с клинической точки зрения) парадигмой, позволяющей достаточно хорошо интерпретировать интрапсихические конфликты и другие — психологические и психопатологические — феномены. Тем не менее в объяснительной системе психоанализа используются все топики, так как каждая из них имеет определенный прагматический смысл и дополняет понимание механизмов психического функционирования. Далее мы остановимся на каждой из топик более подробно.

4.3. Первая топика: Бессознательное, Предсознательное и Сознание

Как уже отмечалось, вначале было сформулировано положение о трех основных частях (механизмах) психики и были выделены ее поверхностные «слои» (Сознание) и глубинные отделы (Предсознательное и Бессознательное). Позднее некоторые ученые пытались «привязать» поверхностные слои психики к коре головного мозга, а ее глубинные отделы — к подкорковым анатомическим образованиям, что, естественно, не имеет никакого отношения к психоаналитическим представлениям о психике.

Все, что составляет сознательно воспринимаемые образы и идеи (содержание памяти, мысли, интересы, чувства), было отнесено к поверхностному слою — Сознательному. Несколько «ниже» разместилось Предсознательное, — т.е. содержания психической жизни, обычно не осознаваемые,

но способные при определенных условиях и достаточной концентрации внимания достичь области сознания. Все, что не может быть выведено в область сознания самостоятельно, несмотря ни на какие усилия и сосредоточение внимания, относится к наиболее глубокому слою психики — Бессознательному. Обоснование роли Бессознательного в мотивации наших решений, этических, сексуальных и всех прочих предпочтений, поведения и деятельности является одним из главных открытий психоанализа. Образно говоря, анализируя клинический опыт, Фрейд установил, что «мы не являемся хозяевами в своем собственном доме», более того, было обосновано, что большинство психических процессов «сами по себе бессознательны, сознательны лишь некоторые акты и стороны душевной жизни»¹.

Бессознательное

В качестве существительного термин «Бессознательное» означает одну из динамических систем, описанных Фрейдом в топографической теории психического аппарата. В топическом значении Бессознательное — это психическая инстанция, состоящая из представлений (содержаний), не допущенных в систему «Предсознание—Сознание» в результате первичного или вторичного вытеснения. В большинстве гипотез, предшествующих созданию второй топики, Фрейд отождествлял Бессознательное с вытесненными (в детские годы) психическими содержаниями. Одновременно Фрейд неоднократно говорил о врожденных, филогенетически присущих индивиду содержаниях как о «ядре Бессознательного» — неких доиндивидуальных схемах, которые присутствуют фактически с момента рождения и определяют наиболее примитивные формы поведения людей (впрочем, как и животных).

Определяя Бессознательное как систему, следует выделить такие его особенности, как: а) подвижность энергетических нагрузок, характерная для свободной энергии; б) отсутствие отрицания и сомнения; в) относительное безразличие к реальности и подчинение принципу удовольствия. Другие важные характеристики Бессознательного как системы сводятся к следующему: а) содержания Бессознательного являются психическими репрезентациями влечений; б) эти содержания управляются особыми механизмами первичных процессов, а именно сгущением и смещением; в) содержания Бессознательного, сильно нагруженные энергией влечений, стремятся вернуться в Сознание и проявиться в поведении (возврат вытесненного); однако они способны найти доступ к системе «Предсознание — Сознание» лишь в результате компромиссов и дериватов (их производных) или с помощью «обходных путей», при этом внутренние позывы и императивы Бессознательного неизбежно искажаются цензурой.

К собственным содержаниям Бессознательного Фрейд относит «репрезентаторы влечений», несколько упрощая — психические трансформации животных инстинктов. Сами же влечения, находясь на границе между психикой и соматикой, остаются вне противопоставления Сознательного

¹ Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции : пер. с нем. М. : Наука, 1989. С. 11.

и Бессознательного. Бессознательные представления, «поднимаясь» к поверхности психики трансформируются в фантазмы, т.е. в реально-воображаемые сценарии, в которых фиксируется (нередко скрываемое даже от самого себя) влечение. Фрейд полагал, что большая часть психических содержаний и психической активности, отражающих влечения, никогда не была осознанной и (без специального исследования) остается таковой в течение всей жизни человека. Какая-то часть бессознательных содержаний психики может проявляться в замаскированной форме, «прорываясь» в виде ошибочных действий, оговорок, сновидений, бессвязных мыслей, болезненных симптомов. Фрейд писал: «Мы сравниваем систему бессознательного с большой передней, в которой копошатся, подобно отдельным существам, душевные движения. К этой передней примыкает другая комната, более узкая, вроде гостиной, в которой также пребывает и сознание»¹.

В качестве прилагательного термин «бессознательное» нередко используется для обозначения совокупности содержаний, не присутствующих в актуальном поле сознания, т.е. попросту неосознаваемых индивидом. К таким содержаниям относятся разнообразные и как бы внезапно возникающие побуждения, смутные или практически неосознаваемые воспоминания и образы памяти, аффекты, фантазии, вытесненные поведенческие сценарии. В Бессознательном любого взрослого человека также широко представлены детские желания. Именно они создают стремление к поиску удовольствий без учета требований реальности и определяют иррациональные мотивации поведения.

Цензура

Почему Бессознательное чаще всего оказывается недоступным для индивида? Потому что на пути влечений встают *два «цензурных» барьера*, расположенных соответственно *между Бессознательным и Предсознательным, а также между последним и Сознанием*. Именно структура психики, обозначенная как «цензура», удерживает в Бессознательном представления, связанные с влечениями, реализация которых запрещена культурой, этическими и нравственными нормами. Этот процесс был назван *первичным вытеснением*. Цензура и вытеснение защищают нас от всего, что может вызвать страх, тревогу, чувство стыда или муки совести. Фрейд дал следующее метафорическое описание цензуры: «на пороге между обеими комнатами стоит на посту страж, который рассматривает каждое душевное движение в отдельности, подвергает цензуре и не пускает в гостиную, если оно ему не нравится»². Некоторое «запретное» содержание Бессознательного все же достигает Сознания, но затем вновь возвращается назад, вытесняется. Этот процесс именуется «*собственно вытеснением*» или просто «*вытеснением*». Сущность вытеснения заключается в устранении и удержании вне сознания определенных психических содержаний, например вызывающих чувство вины и стыда. Особенно наглядно вытеснение

¹ Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. С. 188.

² Там же.

проявляется в том, что мы практически не помним событий первых лет жизни. Точнее, мы не можем оживить самые ранние психические переживания по собственной воле. Все, что впечатляло или ранило нас в раннем детстве, кануло в реку «бессознательного». Одновременно с этим Фрейд отмечал, что для каждого человека огромное значение имеют детские мечты, а ребенок не мечтает о богатстве, виллах, лимузинах и т.д. Он хочет быть бесконечно любимым, принимаемым и понимаемым, и потребность в этом сохраняется на всю оставшуюся жизнь, и если она не удовлетворяется, человек чувствует себя несчастным, даже несмотря на выдающиеся социальные или материальные достижения.

Став взрослыми, мы продолжаем пользоваться вытеснением при каждом удобном случае. Например, нередко мы забываем и «мучительно» пытаемся вспомнить фамилии и имена хорошо знакомых, но в чем-то неприятных для нас людей. Также нередко мы искренне забываем о важных, но неинтересных или неприятных для нас делах. Наконец, мы отрицаем все, от чего может пострадать наше самоуважение.

Более сложным результатом вытеснения являются различные психические, невротические и психосоматические расстройства. На примере истерии Фрейд показал, что неосознаваемые стремления и аффекты могут превращаться в телесные симптомы, перемещаясь от своей первоначальной психологической причины в физиологическую сферу (*механизм конверсии*). Иными словами, нередко симптом (поведенческий или соматический) представляет собой заместитель того, что не осуществилось из-за вытеснения. Фрейд указывает, что симптомы имеют целью или удовлетворение (символическое исполнение) желания, или защиту от него. Таким образом, некоторые из *бессознательных содержаний* могут достигать Сознания в замаскированном виде, в результате чего обнаруживается симптом, но остается непонятным его истинное значение. В своих работах Фрейд неоднократно подчеркивал, что психоаналитическая терапия представляет собой работу, в ходе которой вытесненные психические содержания возвращаются в Сознание.

Предсознательное

Предсознательное — система психического аппарата, отличная от системы Бессознательного. Предсознательное включает содержания и действия, не входящие в актуальное поле Сознания и поэтому являющиеся бессознательными в «описательном» смысле данного термина. В то же время содержания Предсознательного могут быть доступными осознанию в отличие от содержаний системы Бессознательного. Разграничение между Бессознательным и Предсознательным также имеет важное значение. В топическом значении последнее расположено между Бессознательным и Сознанием; от Бессознательного оно отделено цензурой, не допускающей бессознательное содержание в Предсознание и Сознание, при этом доступ к Сознанию контролируется Предсознательным. В этом смысле можно говорить о единой системе Предсознание—Сознание.

Предсознательное является в психическом аппарате той системой, в которой происходящие из Бессознательного инстинктивные желания про-

вероятся, изменяются и отвергаются или же допускаются к поверхности Сознания. Предсознательное включает самые разные содержания: замаскированные производные инстинктивных желаний, прошлые воспоминания, продукты восприятия, воображения и мышления. Данная подструктура осуществляет ряд важных функций, в том числе: критическую оценку представлений и эмоциональных содержаний; цензуру инстинктивных желаний и их дериватов; создание структурированной системы памяти; тестирование реальности (вместе с Сознанием); контроль действий; работу воображения; образование симптомов и др.

Действие Предсознательного подчинено принципу реальности. Это означает, что в том случае, когда непосредственное удовлетворение бессознательных желаний угрожает самосохранению индивида или его моральным принципам, Предсознательное откладывает их или останавливает их выполнение. Предсознательное работает по законам вторичного процесса, используя законы логики, чувство времени и слова. В то время как энергия влечений находится в Бессознательном в «свободно перемещающемся» состоянии, в Предсознательном она связывается (контролируется) и ослабевает. В результате этого исчезает диктаторский характер желаний и влечений, они тормозятся и сдерживаются, а Предсознательное получает время для поиска путей разрешения конфликта. Предсознательное также классифицирует и изменяет поступающие из Бессознательно представления, тем самым защищая от их натиска Сознательное.

Сознательное

В топической модели психического аппарата *Сознательное* рассматривается как система, обращенная к «поверхности» (к внешнему миру и себе самому). В ней доминируют вторичный процесс и вербализация (т.е. все мысли и идеи обретают словесную форму), а также формируется направленность внимания (на внешние или внутриспсихические стимулы). Система Сознательного включает также некоторые проникающие из Предсознательного содержания, знания о внешнем мире и телесные ощущения, которые получили определенную степень внимания (при обращении внимания на внутренние переживания). После отступления внимания такие содержания вновь отходят в Предсознательное. Повторим еще раз: Сознательное воспринимает и принимает информацию одновременно и из внешнего, и из внутреннего мира. То, что воспринято, становится сознательным, в этом смысле Сознание в некотором роде уподобляется понятию восприятия (в академической психологии), но дополняется способностью воспринимать, осознавать и анализировать различные чувственные характеристики. Сознательное накапливает впечатления, идеи и воспоминания, которые легко воспроизводятся и активно используются в повседневной жизни и деятельности. Однако Сознание всегда располагает далеко не полной информацией. Значительная часть информации, имеющаяся в психике и накопленная в процессе приобретения жизненного, семейного, сексуального и профессионального опыта, всегда остается в Бессознательном.

Осознание причин и мотиваций собственных психических актов и внутренних конфликтов (их интроспекция) всегда сопряжено с трудностями,

даже в процессе их психоаналитического исследования, что обуславливается механизмами сопротивления (бессознательного сопротивления осознанию наиболее травматичных, унижительных или постыдных для личности тем и переживаний). Преодоление сопротивления осуществляется в процессе его активной проработки (особой психотерапевтической техники), и именно проработка обеспечивает в конечном счете доступ психических содержаний в Предсознательное и Сознание. Задача психоаналитической терапии состоит в том, чтобы интрапсихический конфликт был преодолен, а бессознательное стало сознательным. Подчеркнем еще раз, что все предложенные термины имеют сугубо эвристическое значение и обозначают гипотетические *системы* психики.

4.4. Вторая топика: Я и Оно (структурная модель)

Структурная модель, обоснованная З. Фрейдом в работе «Я и Оно» (1923), описывает три психические системы: Оно, Я и Сверх-Я (транскрипция с латыни — Ид, Эго и Супер-Эго, эта терминология нередко используется и в русскоязычной литературе). Так же как и в первой топике, создателем психоанализа подчеркивалось, что в целом психическое благополучие личности зависит от того, насколько эффективно взаимодействуют эти три подструктуры.

Оно

Оно (Ид) — термин, который Фрейд использовал для обозначения той (большей) части психики, которая содержит наиболее примитивные желания и влечения, иррациональные стремления, комбинации «страх—желание» и фантазии. По своему содержанию понятие «Оно» в ряде случаев совпадает с понятием «Бессознательное». По образному выражению Фрейда, Оно — это «хаос, котел, наполненный кипящими эмоциями и страстями».

Деятельность Ид направлена на обеспечение разрядки психического возбуждения *в соответствии с принципом удовольствия*. Ид довербально выражает себя в образах и символах, не имеет понятия о логике, времени, морали, каких-либо ограничениях и о том, что противоположности не могут сосуществовать. З. Фрейд назвал этот примитивный уровень познания, продолжающий жить в языке сновидений и галлюцинаций, *первичным процессом мышления*. Ид относительно неизменно и полностью бессознательно, но его существование может быть обнаружено по его *derivатам* — представлениям, речевым конструкциям, действиям, эмоциям и т.д.

Я

Термин *Я (Эго)* обозначает те психические функции, которые позволяют приспосабливаться к требованиям жизни и находить способы для управления безудержными устремлениями Ид. Эго развивается непрерывно в течение всей жизни, но наиболее быстро — в детстве, начиная

с раннего младенчества. Эго функционирует в соответствии с *принципом реальности* и является колыбелью *вторичного процесса мышления* (вербального, последовательного, логического, ориентированного на познание, социально приемлемое поведение и прогнозирование последствий от реализации своих действий, мыслей или желаний). Таким образом, Эго является посредником между требованиями Ид и ограничениями среды, оно имеет как сознательный, так и бессознательный аспект. Сознательное Эго — то, что большинство людей понимает под термином «Я» или «собственное Я» (в некоторой степени аналогично понятию «личность» в академической психологии). Бессознательное Эго включает преимущественно *защитные механизмы и процессы* (которые активно не осознаются, но определяют сознательное поведение). Эти механизмы и процессы относительно легко выявляются в процессе психоаналитического исследования, о чем еще будет сказано в соответствующих разделах.

Как правило, Эго оказывается слабее Ид, поэтому оно преобразовывает желания Ид в действия так, как будто желания Ид являются его собственными желаниями. Но самые запретные стремления Ид — не находящие выхода представления и аффекты — становятся источником внутреннего напряжения, требующего разрядки и ощущаемого как *тревога*. В структурной модели Фрейд определял тревогу как *специфическое состояние неудовольствия*, как универсальную реакцию на опасность — реальную или потенциальную. Тревога может быть вызвана реальной опасностью (исходящей из внешнего мира), моральными факторами (связанными с конфликтом Эго и Супер-Эго) или иметь невротическое происхождение (вызванное конфликтом между Эго и Ид). Тревога сигнализирует о наличии *структурного конфликта*, который лежит в основе большинства поведенческих и личностных проблем. В соответствии со структурной моделью интрапсихический конфликт (и порождаемые им симптомы) является следствием столкновения интересов Оно и Я.



Структура сознания (топики Фрейда)

Сверх-Я

Третья инстанция *Сверх-Я* (*Супер-Эго*) обозначает ту часть психического аппарата, которая формируется на основе родительских образов и запретов (понятий «нельзя», «некрасиво», «некультурно», «стыдно»). Главной задачей Сверх-Я является подавление требований Оно посредством *морального влияния на Я*.

В основе интериоризации определенных стандартов поведения и запретов лежат прежде всего идентификации (отождествление) с родительскими фигурами. Первоначально ребенок прибегает к самоограничению из-за боязни потерять любовь или из-за опасения агрессии (наказания) со стороны родителей. Впоследствии он начинает действовать, исходя из страха перед внутренним цензором — Супер-Эго. Так формируется совесть, которая, по образному выражению Фрейда, является медалью, на обороте которой написано «страх осуждения социумом». Действия, совершенные вопреки голосу совести, могут вызвать чувство вины и стыда или провоцировать потребность в наказании. Личностные проблемы в равной степени могут быть следствием как недостаточно сформированного, так и слишком жесткого Супер-Эго.

Таким образом, начиная с 1920 г. фрейдовская теория психического аппарата была существенно переработана; при этом во второй топике были предложены новые разграничения, не совпадающие с однозначным делением на Бессознательное, Предсознательное и Сознательное. Так, в инстанции Оно можно видеть главные характеристики Бессознательного, однако и другие инстанции — Я и Сверх-Я — также включают в себя Бессознательное и порождаются им.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Раскройте понятие «психический аппарат» и назовите его основные функции.
2. Опишите топографическую модель психического аппарата.
3. Сравните топографическую и структурную модели психического аппарата.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Бессознательное // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 111–128.
2. *Фрейд, З.* Влечения и их судьбы // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 73–78.
3. *Фрейд, З.* По ту сторону принципа удовольствия // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 227–290.

Дополнительная

- Фрейд, З.* Расщепление Я в процессе защиты // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 415–424.

Глава 5

ТЕОРИЯ СНОВИДЕНИЙ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теории сновидений;
- концепции сгущения и смещения;

уметь

- исследовать символы сновидений;
- выявлять бессознательные желания и стремления личности;

владеть навыками

- анализа сновидений;
- интерпретации сновидений;

быть компетентным

- в профессиональном анализе сновидений.
-

В отличие от существовавших ранее представлений о сне как некоем «разлитом торможении нервной системы» психоанализ рассматривает сон как особое функциональное состояние психики, сопровождающееся относительным отключением от сенсорных воздействий внешнего мира и определенным уходом от реальности, при этом психические процессы во время сна приобретают качественно иной характер. Наиболее существенной психологической составляющей физиологического сна являются сновидения, то есть субъективно переживаемые представления преимущественно в форме зрительных образов, связанных с эмоционально значимыми для личности в настоящий момент переживаниями, процессами их внутренней регуляции и отреагирования, в том числе запретных желаний и влечений, чувства агрессии, вины, стыда и т.д. Наряду с актуальными переживаниями сюжет сновидения в значительной степени определяется индивидуальной историей личности и имевшими место в ее прошлом психическими травмами.

В сновидении обычно выделяют его явное (манифестное) и скрытое содержание, при этом последнее может быть выявлено только в процессе профессионального анализа и интерпретации. Иногда эти содержания могут совпадать, и тогда интерпретация не требуется. Например, если голодному человеку снится праздничный стол — это будет простым удовлетворением желания. Совсем иной вариант, когда кому-то снится, что он убегает от разъяренного льва, и хотя бежит он очень медленно, лев никак не может его догнать. Без знания индивидуальной истории личности, начиная с самого раннего детства, интерпретировать такое сновидение невозможно.

5.1. Исторические аспекты появления психоаналитической теории сновидений

Сновидения на протяжении почти всей истории человечества оставались предметом «изучения» почти исключительно эзотерических и оккультных практик, которые сформировали обширное наследие ложных знаний, до настоящего времени популяризируемых различными сонниками. Фрейд впервые предпринял попытку научного подхода к исследованию сновидений в 1892 г., обозначив их как особый психический механизм, обеспечивающий «галлюцинаторное исполнение желаний». В последующем эти идеи получили развитие в работе по изучению истерии и одном из самых значительных трудов Фрейда — «Толковании сновидений» (1899).

Анализируя свой опыт работы с невротическими пациентами, Фрейд обращает внимание на то, что в их рассказах многие представления из предшествующей жизни и актуальной ситуации описываются так, словно они существуют одновременно, примерно так же, как это бывает во сне, когда в одном сновидении объединяются события в реальной жизни несоединимые и даже несуществующие. Позднее Фрейд делает вывод, что механизмы образования сновидений являются прототипом формирования невротических симптомов, т.е. имеют аналогичную природу и выполняют аналогичную (защитную) функцию. О защитной функции симптомов еще будет сказано в последующих разделах, а здесь добавим еще одно определение сновидений, которые Фрейд характеризовал как «бред нормального человека». Позднее (1912) эта идея была более широко сформулирована немецким психиатром Гохе, который отмечал, что этиологические факторы в психиатрии, внешние или внутренние, являются только побуждающими, приводящими в действие уже имеющиеся механизмы, присутствующие в любой психике (включая здоровую).

В качестве основного технического приема для исследования сновидений Фрейдом использовалась техника свободных ассоциаций, т.е. пациенту предлагалось описывать все, что приходит ему на ум в связи с приснившимся сюжетом и со всеми его элементами, какими бы нелепыми, глупыми или непристойными они не казались. Но до интерпретации сновидений должна быть выполнена длительная и кропотливая работа по исследованию индивидуальной истории развития и всей предшествующей жизни пациента. И только затем, с учетом индивидуальной истории конкретной личности устанавливается связь символов сновидения с прошлыми и актуальными событиями жизни, желаниями, психопатологическими комплексами и влечениями.

5.2. Основные элементы психоаналитической теории сновидений

В последующем исходная идея о сновидении как исполнении желания дополнилась выводом, что сюжеты сновидения могут быть вызваны вытесненными, т.е. скрытыми от самого сновидца мыслями, желаниями и фантазиями. Следует напомнить, что под вытеснением понимается удаление

из сознания (но не из психики) некоторых воспоминаний, желаний и влечений, которые оказываются несовместимыми с представлениями личности о себе или травмирующими.

Если дневные события тем или иным образом активизируют эти бессознательные (болезненные) содержания, то во время сна, когда барьер вытеснения слабеет, они достигают границы сознательного восприятия в форме сновидений. Хотя двигательное и поведенческое отреагирование в процессе сна в существенной степени «заблокировано», психическая энергия и возбуждение, вызванное этими болезненными для личности содержаниями, тем не менее направляются в сторону «органов восприятия» — в основном зрительного и слухового. Психика как бы предъявляет эти содержания самой себе, но в искаженной, приемлемой для внутренней цензуры форме.

С функциональной точки зрения, сновидение удовлетворяет потребность личности в отдыхе от дневных впечатлений и переживаний, поскольку охраняет физиологическое состояние сна благодаря тому, что реальное отреагирование тех или иных мыслей или идей (в поведении) заменяется их галлюцинаторным отреагированием, не требующим внешней активности и пробуждения. С другой стороны, сновидение позволяет вытесненному желанию пусть и в искаженной форме, но исполниться и тем самым снизить психическое напряжение. Таким образом, функция сновидения состоит в том, что оно примиряет две противоположных потребности — 1) отдыхать и спать, и 2) действовать в соответствии с побуждениями, исходящими от психической или соматической сферы.

При анализе сновидения, как уже отмечалось, всегда выделяется его видимое и скрытое содержание, которое реализуется с помощью открытых Фрейдом механизмов сгущения (конденсации) и смещения. Под *конденсацией* обычно понимается сновидно измененное совмещение времени, места, отдельных элементов или событий, в реальной жизни несовместимых или даже несуществующих. Например, человеку может присниться, как он полемизирует о роли личности в истории (одновременно) с Наполеоном и Сталиным (мог бы вполне присутствовать и Змей Горыныч). Таким образом, конденсация как бы создает сам фантастический сюжет сновидения.

Под *смещением* понимается специфический процесс, связанный с собственной работой бессознательного, который определяет «передний» или, выражаясь языком телевидения, «крупный» план сновидения, когда какая-то, на первый взгляд, малозначительная деталь становится центральной фигурой сюжета. Эта фигура проявляется на протяжении всего сновидения или играет главную или ведущую (почти всегда символическую) роль.

Иногда сновидение «проявляет» смысл или цели, вообще не допускаемые на уровень сознания. Например, жена, в сновидениях регулярно убивающая своего мужа и просыпающаяся с чувством вины, наяву окружает его тошнотворной заботой, от которой он в конечном итоге сбегает, и таким образом оказывается как муж уже несуществующим («убитым»), хотя эта цель сознательно женщиной никогда не ставилась.

Фрейд отмечал, что при анализе сновидений бессознательное и его символика нуждаются в исследовании буква за буквой, слово за словом, образ за образом в их первоначально совершенно невообразимых связях, иначе никогда не понять их тайный, переданный нам в закодированном виде смысл.

Существенным аспектом сновидения является символизация. Как уже было отмечено, многие образы сновидения предъявляются не в явной форме, а в виде различных символов. Фрейдом была предпринята попытка создания типологии символов сновидения, нужно признать, — незавершенная и неудачная. И на это есть реальные причины, так как все символы сновидений имеют глубоко индивидуальный и ситуационно обусловленный характер — у одного человека венок из цветов может символизировать какое-то радостное событие, например, свадебный венок невесты, а у другого — венок на могиле. Поэтому попытка интерпретировать все продолговатые или вертикальные символы в качестве фаллических, а все горизонтальные или полые в качестве вагинальных — это привилегия горе-аналитиков. Нужно также отметить, что сам сновидец практически всегда присутствует в сновидении в качестве одной из центральных фигур, в своем типичном образе или символическом обозначении.

Между тем сновидением, которое было на самом деле, и тем, которое было рассказано, всегда существует определенное различие. Как правило, само сновидение, которое формируется, как уже отмечалось, на основе фрагментов детских воспоминаний, всей предшествующей жизни и остатков впечатлений предшествующих дней (а также

символов всех упомянутых), представляет собой набор отдельных, достаточно расплывчатых и не связанных между собой образов. Это легко обнаруживается, если разбудить спящего в тот момент, когда он видит сон. Когда человек рассказывает сон уже после пробуждения, он всегда пытается придать ему осмысленность, согласованность и некую последовательность событий, даже если она отсутствовала в самом сне. Механизм, посредством которого создается рассказ об имевшем место сновидении, и сам процесс создания этого рассказа получили наименование *вторичной обработки*. При этом вторичная обработка осуществляет в некотором роде рационализацию сновидения, заполняет пробелы между его различными частями и устанавливает связи между ними, т.е. делает сновидение пригодным для восприятия. Фактически, вторичная обработка —



Сальвадор Дали.
Сон, вызванный полетом
пчелы вокруг граната,
за секунду до пробуждения.
1944

это отчасти процесс анализа и интерпретации сновидения самим сновидцем, однако реальное понимание закодированного в сновидении смысла возможно только в результате работы профессионально подготовленного к такому анализу специалиста — психоаналитика.

Наше бессознательное всегда оперирует гораздо бóльшим (многократно бóльшим) объемом информации, чем сознание. Как показали специальные исследования, проведенные российским психологом-психоаналитиком

А. Р. Лурией, человек вообще ничего не забывает, но, к счастью, не все может вспомнить. В нашей психике хранится вся информация о всех лицах, которые мы когда-либо видели, всех книгах, которые мы когда-либо читали, всех чувствах и переживаниях, которые мы когда-либо испытывали. Но мы запоминаем только то, что хотим запомнить и на что направляем свое сознание и внимание, а в бессознательном накапливается вся информация, в том числе та, которая была вне фокуса зрения, слуха или внимания. Там фиксируются даже те стимулы, которые находятся ниже или выше порогов зрительного, слухового или иного восприятия (например, доболевого уровня изменений во внутренних органах). Образно говоря, психика видит и слышит больше, чем видит глаз и слышит ухо, но вся эта информация прорывается на уровень сознания преимущественно в сновидениях. Поэтому в отдельных случаях сновидения могут носить прогностический характер относительно каких-то (пока сознательно не верифицированных) событий или заболеваний.

5.3. Психоаналитическая интерпретация сновидений

Фрейд обосновал на ряде клинических примеров, что большинство элементов сновидения носят не случайный, а детерминированный характер и обусловлены неосознаваемыми субъектом представлениями, мыслями, желаниями или влечениями личности. Непонятность сновидения обусловлена тем, что его связь с тем или иным актуально неосознаваемым материалом неочевидна сновидцу, более того — в силу пристрастности сознания в большинстве случаев эта связь и не может быть установлена самостоятельно. Поэтому для интерпретации сновидений всегда требуется специалист, который вначале подробно исследует всю предшествующую жизнь клиента, и только затем может предложить видевшему сон провести (совместно) его анализ. Пациенту предлагается, отказавшись от любого рода обдумывания, просто проговаривать все, что приходит ему на ум по поводу увиденного во сне в виде ничем не ограничиваемого потока ассоциаций. Точнее, в виде потока ассоциаций относительно каждого из символов сновидения. Этот поток ассоциаций сопоставляется с индивидуальной историей личности, ее характерологическими особенностями, комплексами и влечениями (о которых будет сказано в последующих главах), и лишь затем предлагается интерпретация, основная задача которой состоит в установлении как бы отсутствовавших в сновидении связей. Речь идет о связях между сознательным и бессознательным пациента. Сделать бессознательное сознательным составляет одну из ключевых задач психоанализа.

Техника интерпретации играет двоякую роль: с одной стороны, она предназначена для достижения самопонимания и изменений во внутреннем мире пациента через формирование нового отношения к своему прошлому, к своим влечениям, фантазиям и желаниям (в том числе, скрываемым даже от самого себя), а в случаях психических расстройств — к своим симптомам, которые могут носить защитное или приспособительное значение. С другой стороны, анализ сновидений предоставляет особый науч-

ный материал для исследования бессознательного, которое лишь косвенно манифестируется в сновидениях и речи.

Исходя из анализа формулируемых в процессе интерпретаций сновидений скрытых желаний и влечений личности, а также анализа самих сновидений, Фрейд обосновал, что человек как биосоциальное существо по своей природе вовсе не является кладезем добродетелей, ибо имеет те же инстинктивные потребности, что и все иные живые существа, склонен к агрессивности, эгоистичен, самовлюблен, асоциален, совершенно не имеет спонтанной любви к труду, ориентирован на получение удовольствия, в том числе — на реализацию своих собственнических и сексуальных потребностей в их естественных, извращенных или сублимированных формах. К последним относятся практически все виды стремления к личным достижениям, богатству, карьере, власти, побуждение к художественному или научному творчеству. А большинство социальных феноменов и катаклизмов развиваются по тем же основаниям, что и в животном мире — например в основе всех войн лежит борьба за власть, территорию, источники воды, пищи и т.д., какие бы высокие лозунги при этом не провозглашались.

С этой точки зрения каждый отдельный человек является потенциальным врагом культуры, так как любая культура строится на запрете и принуждении — законодательном или моральном. Существует запрет, но он не отменяет упомянутые в предыдущем абзаце инстинктивно обусловленные желания и стремления. В абсолютном большинстве случаев эти желания и стремления не осуществляются и даже не высказываются. Но они все равно существуют и реализуются в скрытой форме, в том числе в сновидениях.

Именно исходя из этих теоретических подходов сновидение первоначально рассматривалось как своеобразное замещающее действие и одновременно (в случае не поощряемого социумом или культурой содержания сна) как свидетельство скрываемых даже от себя самого низменных желаний и стремлений.

Следующая составляющая сюжетов сновидения связана с индивидуальными комплексами, то есть со специфическими особенностями осознаваемых и неосознаваемых идей или чувств или даже физических характеристик конкретной личности. Для простоты изложения отметим, что аналогичную природу имеют фантазии во время бодрствования, а также сказки, в которых нищий внезапно становится богачом, горбун — статным молодцем, пастух — королем и т.д. Но в отличие от сюжетов сна, которые всегда глубоко индивидуальны, в сказках, как правило, в концентрированном виде обнаруживаются наши общие стремления, желания и комплексы, которые в клинических вариантах тысячекратно разнообразнее и сложнее.

Еще раз обратимся к понятиям сознательного и бессознательного психического. Сознательное — это то, что следует принципу реальности, подчинено причинно-следственным отношениям, легко выражается с помощью речи и чаще всего логически непротиворечиво и глубоко социально обусловлено. Бессознательное (с точки зрения обыденного сознания) — совершенно алогично, бессловесно, в нем нет причинно-следственных отношений, в нем нет логики, нет времени, нет забывания и все подчинено преимущественно принципу удовольствия (часто не совпадающему с требованиями культуры

и социума). Здесь все фиксируется, все хаотически перемешано и существует в неопределенном времени. Поэтому в сновидениях наблюдается такая «мобильность вложений», т.е. сочетание и совмещение событий, в реальной жизни несовместимых и даже несуществующих. Отсюда вытекает еще один вывод: сознание и бессознательное подчиняются разным законам, и, как следствие, то, что мы говорим, гораздо чаще, чем нам кажется, не соответствует тому, что мы на самом деле реально думаем (или чувствуем).

Таким образом, любое сновидение связано как минимум с тремя факторами: эмоциональным состоянием спящего; его желаниями и стремлениями; его индивидуальными влечениями и комплексами (связанными с его полом, конституцией, индивидуальной историей развития и его опытом). Этот тезис следует подчеркнуть особенно, чтобы психоаналитический подход ни в коей мере не ассоциировался с какими бы то ни было сонниками: один и тот же образ у двух разных людей может символизировать принципиально не совпадающие значения и содержания. Толкование сновидений (как одного из важнейших феноменов бессознательного) вне глубокого знания приведенных выше факторов — это нонсенс. И именно поэтому психоанализ всегда предполагает достаточно длительную работу с пациентом, тем более что сам рассказ сновидения также подчиняется весьма специфическим закономерностям, в том числе существенно зависит от переноса, т.е. реальное содержание и рассказанное всегда зависит от того, кому рассказывается сновидение и каковы отношения слушателя и сновидца.



Генри Фюзели.
Ночной кошмар. 1791

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Какую функцию выполняют сновидения?
2. В чем состоят основные отличия сознательного и бессознательного?
3. Дайте определение механизма сгущения и смещения.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. Фрейд, З. Введение в психоанализ. Лекции : пер. с нем. — М. : Наука, 1989. — С. 69—76; 84—105; 303—309.
2. Фрейд, З. Исследование истерии // З. Фрейд. Собрание сочинений в 26 т. : пер. с нем. — Т. 1. Исследование истерии. — СПб : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2005. — С. 94—101.
3. Фрейд, З. Толкование сновидений : пер. с нем. — М., 2005. — С. 115—140.

Дополнительная

Современная теория сновидений / под ред. С. Фландерс. — М. : АСТ ; Рефл-бук, 1998. — С. 73—92.

Глава 6

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения концепции психосексуального развития;

уметь

- охарактеризовать стадии психосексуального развития;
- приводить примеры типичных для каждой стадии психических феноменов;

владеть навыками

- определения соответствия психосексуального развития биологическому возрасту;

быть компетентным

- в профессиональном понимании особенностей прохождения каждой стадии психосексуального развития.
-

Концепция психосексуального развития описывает процесс последовательного развития и взаимодействия телесных, сексуальных и психических функций, структур и систем, результатом которого является созревание личности человека как биологического и социального индивида.

6.1. История создания концепции

Еще в 1895—1896 гг. Фрейд, проводя исследования истерии, сформулировал предположение, что взрослой сексуальной жизни предшествует период развития, названный им инфантильной сексуальностью. Основанием для этой гипотезы явился анализ личных историй и воспоминаний пациентов, страдающих психическими расстройствами, в которых в ряде случаев обнаружилось определяющее влияние переживаний раннего детства, связанных с примитивным сексуальным опытом.

В 1905 г. в работе «Три очерка по теории сексуальности» Фрейдом впервые были подробно описаны механизмы и выделены фазы формирования зрелой сексуальности, в частности: оральная, анальная, фаллическая и генитальная, при этом первые три фазы были отнесены к инфантильной сексуальности, последняя — к зрелой. Понятие «*психосексуальность*» имеет очень широкое толкование и обозначает все чувства и желания, источник которых связан с проблемами пола и сексуальными влечениями. Кроме того, это понятие акцентирует внимание на неразрывности сексуального

и психического в развитии человека, что в последующем было подтверждено наблюдениями за развитием детей.

В конце XIX в. представления о детском развитии были достаточно примитивными. В низших социальных слоях ребенок рано включался во взрослую жизнь, а его внутренний мир вообще никого не интересовал. Среди просвещенной части общества бытовало представление, что ребенок чист и невинен, что ему ничего не известно о взаимоотношениях полов и эти вопросы его вообще не интересуют. Поэтому описание проявлений детской сексуальности вначале вызывало неприятие даже в научной среде, однако затем теория психосексуального развития получила многочисленные подтверждения и в настоящее время является общепризнанной.

В процессе разработки теории психосексуального развития Фрейд вводит понятие «*либидо*» — особой формы психической энергии, вложенной в процессы сексуального функционирования человека с самого раннего детства и оказывающей непосредственное влияние на развитие личности. Либидо характеризовалось как чувство, аналогичное голоду: точно так же, как голод вызывает влечение к пище, так и либидо проявляется в сексуальном влечении и возбуждении различных эрогенных зон, объединяя телесное и психическое. Основой периодизации фаз психического развития явились преобладающие в конкретном возрасте способы удовлетворения влечения к получению удовольствия. В инфантильный период развития эти способы соединены с определенными участками тела, определяемыми как эрогенные, но не связанными с гениталиями. В раннем детстве эти зоны обеспечивают удовлетворение жизненно важных потребностей ребенка и само его выживание. Название каждой из фаз психосексуального развития логически связано с названием соответствующей телесной зоны. Ребенок, начиная с рождения, с учетом его возможностей по управлению собственным телом, удовлетворяет свои жизненные потребности, получает удовольствие (например, от кормления или от мочеиспускания и дефекации), познает себя и окружающий мир, и, кроме того, именно на эти органы и части тела направлено основное внимание заботящихся о ребенке взрослых. Надо отметить, что возрастные рамки фаз и периодов развития не жестко фиксированы, они плавно переходят одна в другую, т.е. каждая последующая фаза начинается на фоне предыдущей, соединяя различные признаки.

6.2. Фазы психосексуального развития

Оральная фаза

Понятием «*оральная фаза*» (от лат. *oris* — «рот») объединяется инфантильная стадия психосексуального развития, длящаяся с момента рождения до 18–24 месяцев жизни младенца. На протяжении этой стадии основным источником получения удовольствия и взаимодействия с окружающим миром является рот и процесс сосания. С энергетической точки зрения это обычно характеризуется выражением «*либидо нагружено в об-*

ласти рта». Все остальные эрогенные зоны в этот период неактивны, а губы остаются эрогенной зоной на протяжении всей жизни человека. Сосание пальца, как было установлено в более поздних исследованиях, наблюдается уже во внутриутробном периоде, и, таким образом, сосание является врожденным рефлексом и одновременно первым опытом получения удовольствия. Но удовольствие от сосания и насыщения и от стимуляции области губ и слизистой оболочки рта качественно различны и удовлетворяют разные потребности. Именно поэтому мы наблюдаем у младенцев активное желание все тянуть в рот и исследовать с помощью сосания.

Само собой разумеется, что при кормлении младенца необходим другой человек — мать или другое ухаживающее за ним лицо. Поэтому сосание



Оральная фаза

является и первым опытом социального взаимодействия. Все впечатления, получаемые младенцем при кормлении, структурируются психикой, разделяются на приятные и неприятные. От поведения матери и от того, как она отзывается на желание ребенка сосать и какие чувства при этом испытывает она сама, и дает ли она удовлетворяющий эмоциональный ответ на чувства ребенка, во многом зависит его последующее психическое развитие, в частности формирование базового доверия, возможность понимать эмоциональные запросы других людей и быть понятым ими. Внимание ребенка при кормлении практически полностью сосредото-

чено на этом ритмичном, повторяющемся действии. Во многих случаях сосание сочетается с дополнительным тактильно-мускульным удовольствием, когда ребенок в такт сосанию сжимает и разжимает пальчики, касается груди матери или бутылочки, трет или поглаживает другие участки тела, как свои, так и материнские. Эти действия при направленности на собственное тело получили название аутоэротических. Такие действия могут позднее активно использоваться ребенком для самоуспокоения, снижения чувства тревоги и нервного напряжения.

В 5—6 месяцев помимо сосания появляются дополнительные варианты орального удовлетворения — жевание и кусание, а в процессе исследования окружающего мира используются облизывание предметов, попытки проглатывания и т.п. Именно поэтому поздние проявления оральной стадии позволили образно характеризовать ее как «каннибалистическую» в том смысле, что этому периоду присуща тенденция «поглотить» любимый объект. Кусание, совпадающее с прорезыванием зубов, одновременно является удовлетворением агрессивных потребностей, поэтому иногда эту фазу характеризуют как орально-садистическую. Эти вопросы обсуждаются так подробно, так как в случаях, когда в результате тех или иных психических травм возникает фиксация на этих или более поздних стадиях психосексуального развития, именно точки фиксации могут предопределять те или иные формы психопатологии. Например, ребенок, отлученный от груди до окончания активной оральной стадии, воспримет это как агрессию, и это скажется на формировании его характера, в первую очередь проявляющегося в отношениях с любимыми и значимыми людьми.

Следует отметить два важнейших признака инфантильных влечений. Первый признак — соединение психического (удовольствия и удовлетворения) с важными для обеспечения жизнедеятельности и выживания телесными функциями, такими как питание и выделение; второй — инфантильные влечения не направлены на внешний объект, они аутоэротичны и сосредоточены на собственном теле. С учетом проведенных исследований и сопоставления точек патологической фиксации на оральной стадии развития были описаны соответствующие типы характеров: «оральный оптимист» и «оральный пессимист». Например, если у индивидуума сохраняется конституциональное значение получения удовольствия от области губ, то такие дети, становясь взрослыми, становятся любителями поцелуев или приобретают склонность к перееданию, пьянству и курению. При других вариантах, например вытесненных негативных переживаниях, связанных с оральной фазой, возможно развитие отвращения к пище, анорексии и т.п.

Анальная фаза

Анальная фаза (от лат. *anus* — «задний проход») — инфантильная стадия психосексуального развития, продолжающаяся с 2 до 4 лет. В этот период ребенок проявляет особый интерес к актам дефекации и мочеиспускания и приобретает новые навыки управления своим телом, в частности сфинктерами, а также усваивает правила гигиены. За счет приобретения этих первых, исходящих от воспитателей требований и умений начинается процесс социализации.

Начинающаяся на втором году жизни анальная фаза характеризуется тем, что ребенок начинает осознавать удовольствие, получаемое при мочеиспускании и дефекации. Умение задерживать эти акты до получения возможности их реализации, приучение к пользованию горшком и туалетом и выработка навыков опрятности — основные проблемы этого периода. При этом ребенок наслаждается не только задержкой и опорожнением кишечника и мочевого пузыря, получая аутоэротическое удовольствие, но и сопутствующими гигиеническими процедурами, которые осуществляются взрослыми. С энергетической точки зрения нагрузка либидо смещается на анальную область и выделительные процессы, а также на внимание к «продуктам» своей жизнедеятельности. Ребенок проявляет особый интерес к своим фекалиям, демонстрирует склонность разглядывать их, нюхать, иногда даже пробовать на вкус. Одновременно у него формируется символическое мышление. Поскольку родители в этот период ожидают от него определенного варианта поведения, его выделения наделяются особыми содержаниями, и в зависимости от его отношений со взрослыми они могут использоваться как в качестве «подарка» («Посмотри, что я сделал!»), так и в форме демонстрации агрессии, когда эти подарки «преподносятся»



Анальная фаза

не в том месте и не в то время. В этот же период физиологические отправления ребенка могут бессознательно использоваться в целях манипуляции матерью или другим ухаживающим лицом: требования относительно гигиены и регулярности стула могут выполняться или, наоборот, проявляться в демонстративной задержке стула, указывая на внутренние конфликты и определяя соответствующие точки патологической фиксации.

Нередко период от 2 до 4 лет именуют «возрастом упрямства», ребенок приобретает собственный характер и осознает свои возможности влияния на взрослых (в том числе путем уже упомянутой задержки стула). Он относится к содержимому кишечника как к собственности, которую он может предъявлять в качестве «подарка», одновременно демонстрируя свое позитивное отношение к окружающим и удовлетворению его потребностей, а отказ в подарке — это свидетельство негативного отношения и сопротивления. Исходно у ребенка, как и у животных, нет отвращения к своему калу, он может играть с ним и т.д., и лишь позднее, под воздействием воспитания, у ребенка формируется реактивное образование, и удовольствие от игры с фекалиями трансформируется в чувство отвращения к ним. В этот же период дети начинают проявлять повышенный интерес к процессам отправления естественных надобностей у других детей и у взрослых. Стремление к подглядыванию или присутствию при дефекации и уринации сверстников, братьев, сестер или родителей — обычные явления этого периода. Одновременно проявляется интерес к темам, связанным с анатомическими отличиями гениталий мальчиков и девочек, взрослых и детей.

Поведение детей становится более активным и агрессивным, в том числе с явной направленностью на причинение боли другим — сверстникам или даже взрослым. Например, для получения желанной игрушки дети могут не только устраивать «истерики», но и пинаться, царапаться, кусаться. Тем не менее представление о боли, причиняемой другому, на этом этапе еще не развито, и, как следствие, обычно не выражена способность жалеть или сострадать. Исходя из этого, у этой фазы появилось еще одно метафорическое наименование, а именно «анально-садистическая». Если патологическая фиксация в результате специфики развития ребенка и тех или иных психических травм происходит на этой фазе, может сформироваться характер с признаками так называемой «анальной эротики», а также выраженной склонностью к аккуратности, бережливости (вплоть до скупости) и упрямству. Этот тезис вовсе не содержит никакой негативной оценки. Люди с подобным характером чаще всего встречаются среди антикваров, оценщиков, коллекционеров, банкиров.

Фаллическая (инфантильно-генитальная) фаза

Фаллическая фаза (от греч. *φαλλός* — символическое изображение эрегированного пениса) — начинается приблизительно с трех лет и продолжается до шестилетнего возраста, когда ребенок начинает проявлять повышенное внимание к своим половым органам и их функциям.

Такое наименование было обусловлено тем, что Фрейд, отталкиваясь от своих наблюдений поведения детей, выдвинул предположение, что исходно у детей обоих полов имеется представление о наличии у всех людей

мужских гениталий. Более того, эта фантазия составляет важную часть детских инфантильных представлений о себе и о других представителях своего и противоположного пола. Поэтому девочки могут восприниматься как дети, по какой-то причине лишенные фаллоса, а мальчики могут испытывать страх, что и они могут быть «наказаны» таким же образом. В результате появились теории о связанных с бессознательными представлениями «комплексе кастрации» у мальчиков и «зависти к пенису» — у девочек.

Стремление детей к познанию анатомических различий мужчин и женщин и вопросов, связанных с отношениями полов, в том числе — с зачатием и рождением детей, было названо «инфантильным сексуальным исследованием», в процессе которого формируются самые различные инфантильные теории о сексуальных отношениях взрослых. В этот же период дети обнаруживают, что прикосновения и раздражение собственных гениталий позволяют получать определенные приятные ощущения. Это является нормальной стадией развития и фактически закладывает основы здоровой взрослой сексуальности и способности получать телесное удовольствие от секса. Запреты, а тем более наказание детей в этих случаях совершенно неуместны и могут только травмировать психику и психосексуальную сферу ребенка. Но это вовсе не предполагает поощрения проявлений инфантильной сексуальности. Если ребенок чрезмерно фиксируется на генитальном удовольствии, чаще всего это связано с попытками компенсировать таким образом чувство тревоги, одиночества, заброшенности и недостатка внимания со стороны взрослых. Отвлекающие и развивающие игры, совместная деятельность и т.д. в таких случаях более целесообразны, чем запреты или наказание.

Говоря о совместной деятельности, нужно отметить, что уже в этом возрасте, сравнивая себя с родителем того или иного пола, ребенок усваивает первые образцы ролевого поведения (в идеальном варианте: женского — для девочек и мужского — для мальчиков). При этом не только формируется тот или иной душевный склад личности, но и закладываются основы будущего выбора сексуального объекта, предпочтение тех или иных лиц и решение в пользу одного из полов, с которым ребенок идентифицируется. Как известно, иногда эта идентификация происходит независимо от биологического пола ребенка.

В этом же возрасте, в отличие от аутоэротической фазы развития, когда влечение ребенка направлено преимущественно на собственное тело, начинают формироваться первые проявления объектной, как правило гетеросексуальной, любви, когда чувства ребенка направляются на другого человека из его ближайшего окружения, чаще всего у мальчика — на мать, а у девочки — на отца. Параллельно могут проявляться те или иные «симптомы» соперничества с родителем того же пола, вплоть до некоторой агрессивности и неприятия. Достаточно характерным поведенческим эквивалентом обсуждаемых влечений является, например, желание ребенка спать



Инфантильно-генитальная фаза (мальчики)

с родителями, несмотря на наличие собственной кровати, при этом чаще занимая место между ними. Используются и другие бессознательные «уловки», когда ребенок плачет и требует, чтобы его пожалел конкретный родитель, отказывается спать один, убеждает, что ему одному страшно или холодно или у него что-то болит и т.д. На все такие случаи нужно реагировать терпеливо (так как здесь со стороны ребенка нет никакого лукавства или притворства). Ребенку нужно разъяснять и демонстрировать поведением, что оба родителя любят его одинаково, что они оба посидят у его кровати, пока он уснет, они укроют его теплым одеялом, напоят чаем с малиной и т.д. Для нормального развития ребенка все эти фантазии и влечения должны адекватно купироваться, и уже



Инфантильно-генитальная фаза (девочки)

в этом возрасте ребенок должен усвоить, что мама всегда будет мамой, а папа — папой, и они всегда будут вместе или, во всяком случае, всегда будут для него только родителями. Признание и усвоение этого запрета на чувственные отношения с родителями именуется *разрешением эдипова комплекса* и является одним из важнейших компонентов и механизмов социализации личности и формирования морального Я и Сверх-Я.

Эти инфантильные фантазии не случайно получили наименование эдипова комплекса. Фрейд в данном случае еще раз использовал для разъяснения психологического феномена мифопоэтический язык, обратившись к древнегреческому мифу о царе Эдипе, который в случайной ссоре с незнакомцем убивает его (не зная, что это его отец), а затем (также по неведению) женится на женщине, которая оказалась его матерью. Узнав правду о родителях, с которыми он был разлучен с момента рождения, Эдип выкалывает себе глаза, тем самым демонстрируя стыд от совершенного, пусть и по неведению, что одновременно являлось и актом признания вины, и самонаказанием.

Иногда направленность на родителя противоположного пола (как совершенно нормальное проявление детской сексуальности) характеризуется как *позитивный эдипов комплекс*, а любовь к родителю того же пола и ревность по отношению к родителю противоположного пола — как *негативный*. Максимальные проявления эдипова комплекса наблюдаются между 3—4 и 5—6 годами, с последующим угасанием в период латентного периода и повторным оживлением (а в ряде случаев даже усилением) в подростковом возрасте.

Латентная фаза

Понятием *«латентная фаза»* (от лат. *latentis* — «скрытый», «невидимый», «не проявляющий себя явным образом») определяется период психосексуального развития, характеризующийся ослаблением инфантильной сексуальности, снижением интереса к вопросам пола и собственным гениталиям. Латентный период начинается в возрасте 5—6 лет и завершается с началом пубертата.

В это время заметно смягчаются поведенческие проявления инфантильной сексуальности, конфликты любви и ненависти по отношению к родителям того и другого пола, характерные для предшествующей фазы. Ребенок более адекватно (после разрешения эдипова комплекса) принимает родительские ограничения, требования и запреты. Интересы ребенка переключаются на сверстников, общение, познание внешнего мира, учебу и творческую деятельность. В некотором роде это можно было бы определить (после более энергетически нагруженной сексуальности) как действие инфантильных механизмов сублимации. В этот же период получают дальнейшее развитие устойчивые нравственные и эстетические представления и стремления ребенка, его представления о себе и формируются такие чувства, как совесть, стыд, отвращение и чувство вины. Эдипальные влечения к родителям частично десекуализируются, сублимируются и постепенно трансформируются в нежные побуждения сыновьей или дочерней любви. Впервые начинает усиливаться защитное вытеснение из памяти воспоминаний о первых (в некотором роде «доличностных») годах жизни ребенка и возникает так называемая *инфантильная амнезия* — большинство воспоминаний об этом периоде воспроизводится в пересказе со слов родителей или других людей. Такие «воспоминания» носят преимущественно позитивный характер, однако при аналитическом исследовании вытесненных (в бессознательное) воспоминаний они могут оказаться совсем иными, чем ранее представлялось.



Латентная фаза

С окончанием латентного периода в результате созревания и перестройки гормональной системы организма происходят резкие пубертатные (физиологические и психологические) изменения, которые обычно определяются как наступление подросткового возраста.

Пубертатный период

Термином «*пубертатный*» (от лат. *pubertatis* — «половая зрелость») обозначают период завершения полового созревания и формирования зрелой (репродуктивно-активной) генитальной организации и способности к зачатию ребенка. У девушек этот период обычно начинается раньше и длится от 12 до 16 лет, у юношей — от 14 до 18 лет.

Пубертатному периоду предшествует появление вторичных половых признаков, как внешних, так и внутренних (набухание груди и сосков и начало первых менструаций — у девочек; появление признаков роста усов и бороды, а также регулярных эрекций, ночных поллюций и живых сперматозоидов в эякуляте — у мальчиков).



Пубертатный период

Сексуальное влечение, которое до того было преимущественно аутоэротичным, переносится на внешние сексуальные объекты и проявляется в чувстве влюбленности. Отдельные влечения и отдельные («частные») эрогенные зоны начинают подчиняться генитальной зоне, а характерное для латентного периода равновесие между структурами психики (Я и Оно) становится неустойчивым, что наиболее ярко проявляется в эмоциональной лабильности подростков. Генитальная зона как бы вновь обретается за счет ее нагруженности либидо, в результате детские сексуальные порывы постепенно трансформируются в подростковую и зрелую сексуальную активность, которая порождает ряд новых, неизвестных ранее подростку физиологических и психологических ощущений и поведенческих феноменов. Все это вызывает определенное напряжение и потребность адаптации формирующейся личности к резкому усилению сексуального влечения, что в отдельных случаях может приводить к психическим и эмоциональным срывам. Одновременно с увеличением свободы от родительского надзора возрастает и ответственность за себя, свои порывы и действия.

И у мальчиков, и у девочек проявляется ряд характерных для этой фазы развития психологических защит, преимущественно регрессивных (т.е. типичных для более раннего возраста). Это может проявляться в частичном возврате к детским формам поведения: страхам, капризам, демонстрации зависимости от родителей и т.д. На начальном этапе пубертата мальчики, немного отстающие в развитии от своих сверстниц, нередко демонстративно отстраняются от девочек, которые, наоборот, начинают демонстрировать повышенное внимание к вопросам пола и формируют достаточно сильные эмоциональные (романтические) фантазии и привязанности. Объектом таких привязанностей в этот период, как правило, являются мальчики старшего возраста, а также известные актеры, музыканты, певцы.

Потребность в объектной любви и ослабление связей с родительскими фигурами нередко провоцируют чувство одиночества, изоляции и тревоги. Снижается родительский авторитет и значимость ценностей родительской семьи. В ряде случаев родительский идеальный образ подвергается переоценке и даже обесцениванию, что проявляется в резком сокращении внутрисемейных контактов, желании держаться на некотором отдалении от родителей даже в процессе семейных прогулок, тем самым демонстрируя свою независимость. Заново пересматриваются объекты идентификации и укрепляется чувство полоролевой идентичности. Если в предшествующий период образцом подражания для девочки была мать, а для мальчика — отец, то теперь такими образцами могут становиться другие люди, например лидеры подростковых компаний, любимые учителя, спортивные тренеры и другие молодежные кумиры.

Существенное значение в этот период имеют внутренний конфликт и нарушение равновесия между различными структурами психики, между сексуальными и агрессивными компонентами влечений, с одной стороны, и запретами на их удовлетворение — с другой (фактически, это конфликт между Я и Оно). Это приводит к частым перепадам настроения, тревожно-мнительным состояниям, депрессивным переживаниям, эмоциональным взрывам, слезам и т.п. К возрасту 16—18 лет это психическое напряжение постепенно снижается, как правило, на фоне интенсивных, но кратко-

временных сексуальных отношений, которые дают физиологическую разрядку, но зачастую еще не окрашиваются зрелыми чувствами. Средством разрядки сексуального напряжения служит также подростковая мастурбация, сопровождающаяся соответствующими фантазиями.

Существенные трансформации происходят в Сверх-Я — усиливается склонность оценивать и критиковать, воспринимать и усваивать более реалистические образцы поведения, освобождаться от ненужных запретов, принимать или отвергать распространенные в обществе или в своей референтной группе моральные стандарты и требования. Сознательная часть психики (Я) становится более интегрированной, цельной и начинает более активно тестировать реальность и контролировать другие психические системы, включая подавление агрессивных и сексуальных импульсов и направление энергии в безопасное русло — социально приемлемую активность.

Психический аппарат в целом относительно стабилизируется. Происходит постепенный отказ от бесплодного фантазирования и формируются более реалистический взгляд на мир и представления о самом себе в этом мире, в том числе путем выбора сферы самореализации, осознания своих способностей к конкретной деятельности и т.д. При нормальном развитии Я становится все более устойчивым, приобретает способность контролировать не только внешние, но и внутренние конфликты (между желаемым и возможным). Непредсказуемые реакции подросткового периода уходят в прошлое, выравнивается настроение, что в целом свидетельствует об окончании подросткового периода и достижении гармоничной зрелости. Наиболее актуальными становятся задачи поиска своего места в жизни, обретение профессии и образования, карьерного роста, обретения финансовой и территориальной независимости от родителей. Однако важнейшей задачей для полноценной жизни молодых людей остается поиск новых объектов для удовлетворения эмоциональных и сексуальных потребностей, а также потребности в продолжении рода, как правило, реализуемой в семейных отношениях.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определения стадий психосексуального развития человека.
2. Охарактеризуйте понятие эдипова комплекса.
3. Опишите латентную стадию развития и ее переход в препубертат.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Введение в психоанализ. Лекции : пер. с нем. — М. : Наука, 1990. — С. 192—216.
2. *Фрейд, З.* Три очерка по теории сексуальности // *Фрейд З.* Психология бессознательного : пер. с нем. — М. : Просвещение, 1990. — С. 108—138.
3. *Фрейд, З.* Анализ фобии пятилетнего мальчика // *Фрейд З.* Собрание сочинений в 26 т. : пер. с нем. — Т. 5. Фобические расстройства. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2012. — С. 103—142.

Дополнительная

Тайсон, Р. Психоаналитические теории развития : пер. с англ. / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. — Екатеринбург : Деловая книга, 1998. — С. 49—82.

Глава 7

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теории психической травмы;
- концепцию вытеснения травматических переживаний;

уметь

- охарактеризовать психодинамику травматических переживаний;
- понимать содержание понятия соматизации психических переживаний;

владеть навыками

- психологического анализа травматических событий;
- различения первичных и вторичных психических травм;

быть компетентным

- в профессиональном анализе индивидуальных и массовых психических травм.
-

В настоящее время понятие «*психическая травма*» определяется как глубоко индивидуальная реакция на то или иное, как правило, трагическое или чрезвычайно значимое для личности событие, вызывающее чрезмерное психическое напряжение и последующие негативные переживания, которые не могут быть преодолены самостоятельно и вызывают устойчивые изменения состояния и поведения.

7.1. История появления термина

Понятие психической травмы впервые появилось в научной литературе в конце XIX в., но ее признание в качестве самостоятельной формы психического страдания растянулось почти на столетие, а дискуссия вокруг этой проблемы была настолько захватывающей, что заслуживает отдельного изложения и анализа.

Гипотеза о психогенном происхождении некоторых психических расстройств была сформулирована выдающимся французским психиатром Жаном-Мартеном Шарко еще в начале 1880-х гг. при исследовании истерических параличей и парезов. В этот период уже было хорошо известно, что нарушения в чувствительной и (или) двигательной сфере, возникающие вследствие физических травм, обусловлены повреждением нервных волокон. Эти нарушения имели четкую локализацию — только на область нарушенной иннервации — и в последующем оставались стабильными. В отличие от этого психогенные параличи оказывались совершенно не свя-

занными с зонами иннервации, а поражали те или иные органы так, как они были представлены в обыденном сознании пациентов, т.е. страдали не те или иные зоны чувствительно-двигательной иннервации, например руки или ноги, а рука или нога как целое. При этом такие параличи то появлялись, то исчезали, они могли успешно излечиваться внушением, а также искусственно вызываться с помощью гипноза.

Однако ни сам Шарко, ни большинство других психиатров в то время не придали этому феномену существенного значения. Причина такого невнимания носила сугубо мировоззренческий характер. Как мы помним, в этот период в психиатрии практически безраздельно господствовали примитивно-материалистические представления о том, что все психические расстройства, так же как и соматические болезни, могут вызываться только физическими травмами, токсинами или инфекциями. Эти идеи, благодаря авторитету выдающегося психиатра Эмиля Крепелина, были постулированы как единственно верные и на столетие определили трагический для психиатрии отказ от лежавших в ее основе наиболее продуктивных психологических концепций.

Э. Крепелин был выдающимся учеником гениального психолога Вильгельма Вундта, и вначале он пытался создать свою концепцию психиатрических расстройств на основе методов экспериментальной психологии. Его самый известный труд «Введение в психиатрическую клинику» (1900) до настоящего времени остается одним из самых ярких психологических описаний различных форм психопатологии. Однако, как отмечали позднее историки психиатрии, в последующих изданиях его книги психология занимала хотя и почетное, но чисто декоративное место — это была психология без души, в том числе без души самого Крепелина, интересы которого обратились в совершенно иную сторону. В целом следует признать, что попытки найти какие-то анатомические, инфекционные или биохимические факторы, приводящие к развитию психопатологии, предпринимаются до настоящего времени, несмотря на отсутствие сколько-нибудь значимых результатов. Сосредоточившись на изучении мозга как субстрата мышления, ученые сделали крупнейшую методическую ошибку, так как представления о том, что мы думаем головным мозгом, имеют такое же основание, как и заключение, что мы ходим спинным мозгом, выводимое из того, что все двигательные импульсы замыкаются именно на этом уровне.

7.2. Содержание понятия

Зигмунд Фрейд в своих подходах намного опережал современные ему представления, и скорее всего именно поэтому его идеи так трудно входили в психиатрическую науку и практику. Стажируясь в Париже в клинике у Шарко (1885), он увлекся идеей психической травмы, и затем в течение нескольких лет занимался изучением этой феноменологии.

В монографии «Исследование истерии» (1895) Фрейд объясняет: само собой разумеется, что термин «травматический» предполагает, что тот или иной симптом или синдром вызван именно психической травмой, при этом

травматическое воздействие может оказать любое событие, которое вызывает мучительное чувство ужаса, страха, стыда или душевной боли. Еще более значимым является следующее уточнение автора: приобретет ли это событие характер травмы, зависит от «индивидуальной восприимчивости». Как будет показано далее, это положение будет официально признано медицинской и психологической наукой только в 1980 г.

В этой же работе обосновывается, что травма не всегда проявляется в чистом виде как болезненное воспоминание или переживание о конкретном событии. Она становится только возбудителем «болезни» и вызывает, казалось бы, никак не связанные с психической травмой психопатологические симптомы. В качестве таких симптомов автором упоминаются тики, заикание, нарушения сна, навязчивые представления, фантазии или действия, снижение энергичности и ограничение интересов и т.д. Затем этот симптом, который может вообще никак не указывать на предшествующую психическую травму, обретает самостоятельность и может оставаться неизменным в течение всей жизни. Далее Фрейд проводит аналогию между травмой психической и физической, в частности, он пишет: «психическая травма или воспоминание о ней действует подобно чужеродному телу, которое после проникновения вовнутрь [психики] еще долго остается действующим фактором».

Описывая автономные механизмы и специфику психодинамики психической травмы, автор отмечает: с одной стороны, кажется удивительным то, что даже очень давние переживания могут оказывать столь ощутимое воздействие, а с другой — что воспоминания о них с годами не становятся менее значимыми или менее болезненными. Одновременно с этим указывается, что в норме любое (даже самое негативное) воспоминание постепенно блекнет и лишается своей аффективной составляющей, но снижение остроты переживаний существенно зависит от того, последовала ли сразу после травматического воздействия энергичная реакция на него или же для такой реакции не было возможности или она была вынужденно подавлена.

Индивидуальные психические и поведенческие реакции на травму имеют чрезвычайно широкий диапазон отреагирования: от немедленного до отставленного на многие годы и даже десятилетия, от обычного плача по утрате до жестокого акта мести обидчику. Но только когда удастся отреагировать событие в достаточной и индивидуальной для каждого мере (в том числе в процессе психотерапии), аффект постепенно убывает. Фрейд характеризует это выражениями «выплеснуть чувства» или «выплакаться». При этом особенно подчеркивается, что оскорбление, на которое удалось ответить хотя бы на словах, припоминается иначе, чем то, которое пришлось стерпеть, так как язык служит для человека суррогатом поступка (и именно на этом феномене основана экстренная психологическая помощь, ее отставленные варианты и психотерапия в целом).

Все эти данные были получены в процессе изучения последствий детской психосексуальной травмы, которое было воспринято (достаточно пуританским) научным сообществом XIX в. весьма скептически. В настоящее время особая патогенность такой травмы является общепризнанной, так как при нанесении такой травмы (особенно со стороны значимого взро-

слово) ребенок оказывается уязвленным в своих самых светлых чувствах, при этом именно тем взрослым, от которого он в первую очередь мог бы ожидать любви и защиты.

Качественно новое звучание теория психической травмы приобретает в период Первой мировой войны, когда сразу несколько выдающихся психопатологов поставили вопрос о травматическом неврозе, причем сразу с признанием сугубо психологического происхождения последнего (то есть без какого-либо анатомического субстрата, гистологических изменений, предшествующей интоксикации, инфекционного или травматического повреждения мозговой ткани). В целом следовало бы признать, что до этого понятия психической травмы в официальной науке фактически не существовало.

7.3. Институционализация понятия

Необходимость статистического анализа в ряде случаев трудно дифференцируемых психопатологических синдромов явилась причиной создания в 1952 г. «Диагностического и статистического справочника по ментальным расстройствам», более известного как DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). В этом справочнике на конвенциональной основе каждой форме психического расстройства придавалась относительно четкая характеристика. Но в первом издании справочника то, что позднее стало именоваться посттравматическим психическим расстройством, еще никак не связывалось с психической травмой, а упоминалось как «синдром отклика на стресс».

В 1968 г. (во втором издании, DSM-II) расстройства, связанные с психической травмой, были объединены в категорию «ситуационных расстройств». И только в 1980 г. (в DSM-III) последствия психических травм были отнесены к субкатегории «тревожных расстройств», которые развиваются в ответ на трагические и редкие внешние события. Эта эволюция представлений о психической травме и ее последствиях является чрезвычайно важной для понимания всей рассматриваемой нами феноменологии. То есть, *вначале травма определялась исключительно как результат внешнего воздействия и в терминах катастрофических событий*. Или, если перевести это на обыденный язык, «кому-то просто очень не повезло, и он оказался в недобрый час в плохом месте».

Исходя из этих теоретических представлений, считалось, что каждый, кто пережил такое «не слишком часто случающееся» трагическое событие (например, нападение грабителей, плен, пытки, изнасилование или стихийное бедствие), обязательно будет психологически травмированным. Однако согласно DSM-IV (1994) последствия психической травмы входят уже в другую рубрику — «откликов на стресс». И для этого были реальные причины. Оказалось, что большинство людей, переживших катастрофические события, не проявляли сколько-нибудь существенных клинических симптомов и признаков, которые можно было бы оценить как последствия психических травм. Они отсутствовали у 54% изнасилованных жен-

щин, у 91% попавших в автопроисшествия и т.д. В итоге были обоснованы представления о том, что *участие в том или ином катастрофическом событии является необходимым, но недостаточным условием для психической травмы*. И это качественно изменило подход к этой форме психических расстройств, так как *критическим фактором становилось не «внешнее событие», а глубоко индивидуальный эмоциональный отклик на него*. То есть мы еще раз возвращаемся к уже сформулированной ранее идее о том, что любое негативное или даже трагическое событие может пройти совершенно незамеченным для одного субъекта или же вызвать любую форму психопатологии у другого в зависимости от его индивидуальной истории развития и состояния психики субъекта.

7.4. Концепция вытеснения травматических переживаний

Здесь нам придется еще раз обратиться к достаточно сложному феномену психологической защиты, получившему наименование «вытеснение». Когда личность получает мощную психическую травму и оказывается не в состоянии перенести эти трагические, ужасные, непонятные, неизвестные и в ряде случаев даже чуждые ей переживания, они как бы вытесняются из памяти и сознания. Чаще всего вытеснению подвергаются именно те чувства, которые оказываются для конкретной личности настолько мучительными, что о них просто нельзя постоянно помнить, но и забыть невозможно. Поэтому, повторим еще раз, с помощью защитных механизмов они вытесняются из актуальной памяти и сознания, но остаются присутствующими в психике. Здесь мы имеем некий вариант переноса выдающегося открытия в области физики в психологию, в частности, закона сохранения энергии, которая никогда никуда не исчезает, а только преобразуется из одних форм ее существования в другие (например, из электрической в тепловую или наоборот и т.д.). По аналогии с этим Фрейд вводит понятие «сохранение психических содержаний», которые также никуда не исчезают, а лишь преобразуются в другие формы. В результате таких преобразований тех или иных переживаний и возникают те или иные психические или даже психосоматические симптомы (тики, заикание, нарушения сна, депрессии и т.п.), которые, казалось бы, никак не манифестируют собой содержание явившихся их причиной травматических переживаний. *И в этом состоит главное отличие понятия симптома в медицине и в психоанализе. Симптом просто говорит о каком-то душевном неблагополучии, но в отличие от соматической медицины (например, боли в печени или в сердце) симптом никак не указывает на его причину и «локализацию» в психике.*

В принципе, любое непереносимое аффективное переживание может трансформироваться в симптом, как психопатологический, так и связанный с тем или иным органом. Последний психологический феномен получил наименование *соматизации* и (или) *конверсии*. Позднее эти представления были существенно расширены, и в настоящее время общепризнано, что если культура или социум запрещают людям предъявлять их психические

страдания, они начинают замещаться соматическими симптомами со стороны различных внутренних органов, так как любое страдание вызывает потребность предъявления своих жалоб кому-то другому. Этот психологический феномен известен как психологическая потребность в отторжении мучительных воспоминаний или переживаний. Считается, что наиболее часто этот вариант конверсии встречается в тоталитарных сообществах, но в целом, по данным Всемирной организации здравоохранения, до 40% пациентов, которые обращаются за помощью к врачам общей практики с теми или иными жалобами на здоровье, не нуждаются ни в какой медицинской помощи, кроме психологической. То, что должен делать психоаналитик в процессе работы, во многом должно базироваться на идее необходимости предоставления пострадавшим максимальной возможности для отторжения воспоминаний и «выплескивания» аффекта. Обычно для этого требуется достаточно длительная работа, направленная на преодоление сопротивления и выявление вытесненного материала, чтобы затем, как уже неоднократно отмечалось, сделать бессознательное сознательным, проработать (оплакать и отреагировать) травму и сделать ее обычным прошлым.



Джордж Клаузен.
Скорбящая юность. 1916

7.5. Навязчивое возвращение и фиксация травмы

Изложенные выше идеи получили дальнейшее развитие в работе Фрейда «По ту сторону принципа удовольствия» (1920). В частности, сравнивая травматические неврозы мирного и военного времени, Фрейд констатирует, что в том случае, когда психическая травма сочетается с физической (например, ранением), вероятность появления невротической реакции оказывается гораздо меньше. Достаточно важными представляется также идея «*навязчивого возвращения*»¹ к психотравмирующей ситуации и фиксации на травме, что проявляется в постоянных воспоминаниях и сновидениях, связанных с психической травмой. Этот феномен объясняется тем, что после пассивной роли, в которой человеку пришлось что-то пережить, в своих воспоминаниях он «ставит себя в активное положение», становится как бы властелином ситуации, предотвращает или преодолевает ее или даже удовлетворяет чувство мести за пережитое страдание. Этот тезис следует дополнить мощным регрессом к *магическому типу мышления*, яр-

¹ «Навязчивое возвращение» не следует путать с «навязчивым повторением», когда субъект проявляет бессознательную склонность следовать одним и тем же стратегиям поведения, выбором аналогичных сексуальных или семейных партнеров, даже несмотря на то, что у него уже имеется негативный или даже травматический опыт, связанный с такими действиями и ситуациями.

кость которого широко варьируется, но одним из наиболее демонстративных примеров является получившая трагическую известность искренняя вера некоторых матерей Беслана в возможность воскрешения их детей.

7.6. Психодинамика травмы

Психическая травма может вызываться не только внешними событиями, но и путем интрапсихической трансформации тех или иных фантазий или переживаний, даже при полном отсутствии внешних стимулов. Но когда травматический процесс уже запущен, и в том и в другом случае начинается внутренняя работа психики, и этот процесс имеет свою специфику и динамику. Во-первых, психика трансформирует внешнюю травму во внутреннюю «самотравмирующую силу»; во-вторых, происходит малигнизация («озлокачествление») защит, которые из системы самосохранения психики превращаются в систему ее самоуничтожения, поэтому обращение к рациональной части психики оказывается весьма затруднительным, а нередко — даже через десятилетия после полученной психической травмы — предельно бесполезным. В ряде случаев психическая жизнь пострадавших в результате мощных психических травм редуцируется до минимальных или стереотипных реакций, наиболее ярко проявляющихся в утрате смыслов.

В задачи этой главы не входит описание психологических защит, поэтому лишь отметим, что эти психические структуры частично предопределены генетически, а частично формируются в процессе воспитания и жизни. Важнейшей формой защиты является уже упомянутое вытеснение, т.е. перевод неприемлемых для личности психических содержаний из сознательной сферы в бессознательное и удержание их там. Эта форма защиты иногда определялась как «универсальное средство избегания конфликта», когда неприемлемые воспоминания, мысли, желания или влечения вообще устраняются из сознания (но они все равно остаются в психике).

Когда стандартные варианты защиты не срабатывают, проявляется «вторая линия защит», так называемые примитивные защиты, основное предназначение которых состоит в том, чтобы непереносимая травма вообще не была пережита, то есть происходит не переработка неприемлемой реальности, а уход от нее. В этих случаях мы сталкиваемся с проявлениями таких симптомов, как аутизм, трансовые состояния, множественные идентичности или расщепление личности, вплоть до шизофренического спектра. Одной из самых мощных психических травм является смерть любимого ребенка, поэтому именно на этой феноменологии мы остановимся более подробно, но при этом будем постоянно помнить, что аналогичные механизмы в той или иной степени проявляются и при всех других психических травмах.

7.7. Вторичные психические травмы

До Бесланской трагедии (1 сентября 2004 г.), когда террористами во время торжественной линейки, посвященной началу учебного года, было захвачено более 1100 заложников, а в процессе штурма погибло 186 детей, считалось, что

утрата ребенка — это весьма редкое травматическое событие. Кроме того, даже единичные случаи трагической гибели детей в отечественной психологии долгое время фактически не исследовались. Сказывались, вероятно, и этические моменты, и ощущение стыдливости и даже некоторой брезгливости, которые все мы испытываем при соприкосновении с интимным переживанием горя. Как заметил в свое время Фрейд, люди предпочитают отстраняться от горя, как если бы оно было каким-то заразным заболеванием.

Но вначале нужно обратиться к некоторым психологическим механизмам любви и привязанности. Когда человек кого-то любит, он частично *инвестирует* («вкладывает») свои чувства и энергию в любимый объект, но при этом в такой же степени (в силу естественного для каждого нарциссизма) он *интроецирует* («поглощает» или вводит) любимый объект в собственное психическое пространство, и таким образом происходит расширение и, можно сказать, обогащение личности. Утрата такого дорогого объекта, как ребенок, неизбежно включает механизмы его инкорпорации (психического «поглощения» и удержания его образа), при этом родитель на какое-то время, а иногда навсегда частично идентифицируется с этим утраченным объектом, что позволяет временно заполнить «пустоту» и отражает попытку восстановить нарушенное равновесие. Французский психоаналитик Марилья Торок чрезвычайно образно характеризует эту трагическую ситуацию: «Не имея возможности устранить мертвого [из сознания] и решительно признать “его больше нет”, скорбящий становится им для себя самого, давая себе тем самым время мало-помалу и шаг за шагом проработать последствия разрыва».

В процессе работы с психическими травмами родителей, утративших детей, специалисты нередко встречаются с ситуациями, когда на их вопросы отвечает не пациент, а инкорпорированный объект (утраченный ребенок). В некоторых случаях это происходит в абсолютно явной форме — выслушав вопрос, адресованный к нему, пациент отвечает: «Он бы вам ответил так...» — совершенно не замечая, что говорит от имени другого лица. Андре Грин в своей работе «Мертвая мать» (1980) подробно анализирует внутреннюю картину такого варианта родительского страдания. Поясняя наименование этой работы, автор отмечает, что в данном случае «мертвая мать — это мать, которая осталась в живых после смерти ее ребенка, но в глазах оставшихся детей, о которых она должна заботиться и давать им психологическую подпитку, она мертва психически». Ее другие (выжившие) дети, особенно младшего возраста, еще не воспринимают смерть сколько-нибудь осознанно и трагически. Поэтому у ребенка, до этого чувствовавшего себя центром материнской вселенной, нет никакого объяснения произошедшим переменам, и он воспринимает состояние матери как следствие своей вины или как следствие ее разочарования в нем, вплоть до *паранойальных фантазий* («Я настолько плох, уродлив, отвратителен, мерзок, что меня невозможно любить»).

7.8. Механизм репарации вторичной травмы

В этой ситуации ребенок предпринимает сотни безуспешных попыток репарации (возвращения) «утраченной» матери. Эти попытки реализуются

бессознательно, но могут приобретать патологические формы (такие как ажитация, бессонница, ночные страхи). В случае, если эти попытки не привлекают внимания матери, ребенок прибегает к иным формам психологической защиты. Описаны два основных психических механизма, лежащих в основе такого защитного поведения: «*дезинвестиция материнского объекта*» и «*неосознаваемая идентификация с мертвой матерью*». Первый процесс А. Грин характеризует как «психическое убийство объекта, совершаемое без ненависти», ибо ребенок боится причинить даже минимальный ущерб образу матери. В результате на нежной ткани объектных отношений матери и ребенка образуется «разрыв» или даже «дыра». Во втором случае ребенок, вследствие тоски по прежней (ранее веселой и заботливой) матери, идентифицируется с ней и также впадает в депрессию при одновременном *блокировании чувства привязанности*. В последующем он может стать жертвой *навязчивого повторения*, с весьма специфическим паттерном поведения. Он будет активно (но бессознательно) дезинвестировать любой объект сильной привязанности, представляющий угрозу разочарования, фактически утрачивая способность любить и принимать любовь другого. В данном случае мы говорим только о детях как наиболее демонстративном примере, но аналогичные чувства и варианты поведения могут формироваться и у ранее нежно привязанных друг к другу супругов, и у других членов семьи.

7.9. Собственная работа горя

Представление о том, что у переживания горя имеется своя собственная динамика и психическая задача, которая должна быть выполнена, было введено З. Фрейдом в работе «Тотем и табу» (1913). В современной психологии одна из наиболее последовательных разработок этой проблемы принадлежит Дж. Боулби («Создание и разрушение эмоциональных связей», 1979).

В результате подробного исследования случаев психических травм было выявлено несколько последовательных фаз в «собственной работе» горя, первую из которых можно было бы обозначить как фазу «отрицания», так как начальная реакция на внезапную психическую травму мысленно, поведенчески или даже вербально обычно выражается «формулой»: «Нет! Этого не может быть!». И для этой, и для последующих фаз достаточно характерна склонность к самобичеванию и демонстрации собственной вины в смерти близкого человека, включая воспоминания о каких-то малозначимых оплошностях, допущенных ошибках или неисполненных обещаниях. А как известно, неизбежное чувство вины — это очень тревожный симптом, который в ряде случаев может достаточно быстро провоцировать развитие того или иного психического расстройства.

Ниже приводятся названия и краткая характеристика последующих фаз:

- фаза «оцепенения», которая длится от нескольких часов до недели и сопровождается интенсивными переживаниями страдания и гнева;

- фаза «острой тоски и поиска утраченного объекта» с соответствующими поведенческими феноменами, может длиться несколько месяцев и даже лет;

- фаза «дезорганизации и отчаяния», психическое содержание которой раскрывается в ее наименовании;

- фаза «реорганизации», т.е. той или иной степени адаптации к жизни или — в более тяжелых случаях — существованию без утраченного объекта.

Многолетние исследования подобных ситуаций позволили сформировать совершенно четкие представления, что после психической травмы всегда есть потребность в ее вербализации, но это отторжение воспоминаний и горя становится эффективным только тогда, когда она реализуется с участием терпеливых слушателей, которые не были ее непосредственными свидетелями или участниками.

7.10. Соматизация психической травмы

Многими специалистами, нередко весьма примитивно, принимается введенное в психологию еще в конце XIX в. понятие «*психическая энергия*», поэтому прежде чем перейти к обсуждению защитной трансформации травмы, обратимся к гипотезе о ее механизмах.

Если человек получает какое-либо яркое впечатление (позитивное или негативное — несущественно), в его психике увеличивается «нечто», что получило наименование «*сумма возбуждения*». А поскольку одной из задач психической регуляции является поддержание ее (собственного) стабильного состояния, тут же начинают действовать механизмы (реализуемые интрапсихически и обеспечивающие отреагирование вовне), направленные на уменьшение этой «суммы возбуждений» в интересах *сохранения психического гомеостаза*. Например, если человека ударили, он, чтобы снизить возбуждение, в примитивном варианте отреагирования, скорее всего, нанесет ответный удар, и это принесет ему некоторое облегчение. Аналогичные механизмы действуют и при оскорблении, обиде и т.д. Но реакция может быть и иной, особенно если нанести ответный удар некому (например, при стихийном бедствии), и тогда ответной реакцией могут быть плач, чувство бессильной ярости и т.п., вплоть до *аутоагрессии (нанесения повреждений самому себе, чтобы как-то снизить уровень психического возбуждения)*. Главное состоит в том, что реакция присутствует всегда, и чем интенсивнее травма, тем сильнее ответное внешнее действие или внутреннее переживание.

Несмотря на множество физиологических и психологических гипотез, наука не сильно продвинулась в понимании того, что же есть это увеличивающееся в психике «нечто», но более чем столетняя психологическая и психотерапевтическая практика подтверждает реальность этих механизмов. Обратимся еще раз к этому увеличивающемуся в психике «нечто». В тех случаях, когда возросшая «сумма возбуждений» не может быть отреагирована (в том числе вербально), начинают функционировать защитные

механизмы, главным из которых является вытеснение. Но эти переживания вытесняются только из Сознания, а не из психики, где Сознание составляет лишь некоторую часть.

7.11. Механизм конверсии психической травмы

Поскольку «сумма возбуждений» присутствует и не может быть отрегирована, защитные механизмы трансформируют эту энергию в «нечто соматическое». Происходит то, что позднее получило название «конверсия». Так как нам по-прежнему неизвестно объективное содержание этого «нечто», то (весьма условно) можно сказать, что происходит преобразование «психической энергии» в «нервную энергию» или «энергию иннервации органов или тканей». Но в отличие от обычной нервной регуляции деятельности всех внутренних органов, которая осуществляется с помощью импульсов определенной амплитуды и частоты, в данном случае *из психической сферы в нервную систему происходит прорыв мощного энергетического потока «искаженного типа»*. Психическая сфера освобождается от чрезмерного перевозбуждения, а его разрядка направляется и осуществляется в соматической сфере. Именно так гипотетически описываются возникающие под влиянием сильных потрясений случаи инфарктов, инсультов и прободных язв желудка.

При хронической психической травме развиваются менее катастрофические соматические расстройства, но напомним еще раз, что, по данным Всемирной организации здравоохранения, именно они являются причиной до 40% обращений за медицинской помощью. В отличие от врачей психологам лучше известно, что механизмы психической и нервной регуляции существенно различаются, а словесный штамп о том, что у кого-то «не все в порядке с нервами», не имеет под собой никакой основы. Но мало кто задумывается о главном в этом различии. *В отличие от нервной системы психика способна отличать реальные стимулы от воображаемых. Нервная система может реагировать почти идентично и на те, и на другие*. Именно на этом феномене основаны все техники самовнушения, включая еще недавно чрезвычайно популярную аутогенную тренировку, когда, например, мысленное представление о том, что кисть погружена в горячую воду, тут же сопровождается расширением сосудов и повышением температуры кожи этой руки.

7.12. Фиксация на травме

Несмотря на то, что соматизация способствует (пусть и патологическим путем) разрядке возникшего психического напряжения, в той инстанции психики, где произошла «трансформация» одной энергии в другую, формируется *специфическое «ментальное ядро» или «пункт переключения»*. Это «ядро» всегда остается ассоциативно связанным со всей имеющейся в памяти «атрибутикой» полученной психической травмы. И в последую-

щем оно будет активизироваться всякий раз, когда будет появляться любой стимул, хотя бы отдаленно напоминающий полученную ранее психическую травму, одновременно запуская патологические механизмы отреагирования. Именно поэтому люди, пережившие катастрофические события, избегают фильмов-катастроф, похорон, книг и рассказов о тех или иных несчастных случаях и т.д. Именно этот феномен имелся в виду, когда мы говорили о «навязчивом возвращении» к воспоминаниям о трагических событиях. И здесь уместно сделать еще один вывод, согласно которому пациенты страдают преимущественно от воспоминаний и патологических паттернов поведения, реализуемых бессознательно. Более того, наши пациенты не только постоянно находятся в плену болезненных переживаний (нередко чрезвычайно далекого прошлого), но и отчаянно цепляются за них, потому что они обладают некой особой (пусть и трагической) ценностью. Поясним этот тезис на конкретном примере: можно ли забыть о счастливых минутах появления своего ребенка, даже если его давно уже нет; можно ли вспомнить об этих счастливых минутах без того, чтобы еще раз не вернуться к событиям и переживаниям его трагической утраты?

В ряде случаев пациенты не только не могут освободиться от своего трагического (пугающего или даже мерзкого) прошлого, но готовы ради него отказаться от настоящего и будущего — и вообще от всего, что происходит в реальности, что получило не совсем верное наименование *«уход в болезнь»*. Точнее было бы определить это как *«фиксацию на травме»*, которая может простирается на многие месяцы и годы, а иногда на всю жизнь, провоцируя различные формы психопатологии, которая в этом случае может рассматриваться как еще один вариант патологической психологической защиты от неприятной реальности.

7.13. Специфика реакций на психическую травму в зависимости от возраста

Исследование состояния пострадавших при массовых психических травмах позволило выявить существенную специфику в последующей динамике их состояния в зависимости от возраста, в котором они находились в момент катастрофического события. В частности, было установлено, что у детей, которым на момент получения психической травмы было менее 5 лет, преобладающими являются различные нарушения речи или ее развития (более 70% всей наблюдаемой патологии). У детей 6—12 лет ведущим симптомом становится энурез, дополняемый расстройствами речи (78% патологии). Во многом аналогичное распределение наблюдалось и у подростков (13—18 лет), однако у них к наиболее частым синдромам присоединяется депрессия, которая становится ведущим типом расстройств во всех группах взрослых (19—30 и 31—50 лет). Кроме этого, в этих двух последних группах появляются такие диагнозы, как шизофрения, алкоголизм и эпилепсия, превышающие среднепопуляционные уровни. То есть, чем старше была личность на момент тяжелой психической травмы, тем больше вероятность развития у нее тяжелых психических и соматических

расстройств. Столь же прогностически неблагоприятными являются психические травмы, полученные в доэдипальный период развития, и особенно детская сексуальная травма.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Вспомните какие-либо травматические события из вашей жизни и попытайтесь проанализировать свое состояние и стадии переработки этой травмы.
2. Попробуйте своими словами сформулировать определение психической травмы.
3. Сформулируйте специфические отличия «навязчивого возвращения» от «навязчивого повторения».

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Введение в психоанализ. Лекции : пер. с нем. — М. : Наука, 1991. — С. 154—172; 173—181.
2. *Волкан, В.* Жизнь после утраты: психология горевания : пер. с англ. / В. Волкан, Э. Зинтл. — М. : Когито-центр, 2007. — С. 23—38.
3. *Волкан, В.* Расширение психоаналитической техники : пер. с англ. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2012. — С. 156—191.

Дополнительная

- Решетников, М. М.* Психическая травма. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. — С. 15—84.

Глава 8

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ НЕВРОЗОВ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- определения основных форм невротических расстройств;
- принципиальные положения психоаналитической теории неврозов;

уметь

- охарактеризовать специфику невротических расстройств;
- понимать содержание типичных защитных механизмов при неврозах;

владеть навыками

- психологического анализа невротической симптоматики;
- дифференциальной диагностики неврозов и психозов;

быть компетентным

- в профессиональном анализе симптомов как компромиссных образований.
-

Понятием «*неврозы*» объединяется группа психических расстройств, причиной которых являются сугубо психические факторы при отсутствии каких-либо изменений, заболеваний или повреждений внутренних органов и нервной системы. Симптомы невроза, как правило, в символической форме отражают интрапсихический конфликт, имевший место в предшествующей истории субъекта, преимущественно в раннем детстве. В определенном смысле неврозы могут характеризоваться как компромиссное психическое образование между запретными для данной личности желаниями (Ид) и защитой от их реализации (Эго и Супер-Эго). К неврозам в настоящее время относятся истерические расстройства личности, невроз навязчивых состояний и фобии. Иногда в эту группу включают также неврастению.

8.1. История понятия

Термин «невроз» был введен в конце XVIII в., и в то время он объединял все психические и нервные заболевания, которые связывались с деятельностью нервной системы и головного мозга. В целом «невроз» (от др.-греч. νεῦρον — «нерв», osis — суффикс, означающий болезнь) так и переводится: «болезнь нервов», в силу того, что начиная со времен Гиппократы и до конца XX в. господствовали представления, что именно мозг и нервы являютсяместилищем и основой всей душевной жизни. Затем из перечня невро-

зов постепенно удалялись заболевания, для которых были установлены их этиология и патогенез, т.е. причины и анатомические изменения в тканях (например, эпилепсия, хорea, паралич, болезнь Паркинсона и т.д.). Процесс сужения перечня болезней, которые относятся к психиатрии продолжается по настоящее время. Как мы помним, в конце XIX — начале XX в. господствующей оставалась гипотеза о том, что все психические расстройства имеют ту же этиологию и патогенез, что и все прочие болезни. При этом подразумевалось, что они вызываются бактериями, вирусами и токсинами, которых врачи пока просто не могут найти в силу несовершенства микроскопов и аппаратуры для биохимических исследований. Поиск таких бактерий и вирусов продолжался вплоть до конца 1980-х гг., когда во всех странах финансирование таких исследований было прекращено по причине их бесперспективности.

8.2. Основные формы невротических расстройств

Истерия

Термином *«истерия»* обозначается предрасположенность к продуцированию различных конверсионных симптомов, которые предъявляются с определенной демонстративностью и театральностью. Под *конверсией* понимается соматическое выражение бессознательного психического конфликта, т.е. наличие или даже обилие жалоб на болезненное состояние внутренних органов, со стороны которых (при любых исследованиях) не наблюдается никаких изменений. При этом театральность предъявления жалоб совершенно не является притворством — в отличие от симулянтов пациенты действительно страдают. Фактически та душевная боль, которая пациентом не осознается и не может быть выражена словами, трансформируется (за счет переключения энергии) в те или иные болезненные проявления в соматической сфере. В этом варианте душевная боль уже может быть предъявлена окружающим, чтобы снискать их сочувствие и заботу, в которой эти пациенты нуждаются по совсем иным причинам, но эти причины могут быть выявлены только в процессе психоаналитического исследования. Таким образом, как уже отмечалось, симптом (в отличие от медицинского употребления этого термина) только сигнализирует о некоем душевном неблагополучии, но не указывает на причину этого неблагополучия. В силу этих признаков иногда этот психоаналитический диагноз обозначается как «конверсионная истерия». Считается, что причиной подобных психических расстройств является конфликт между различными инстанциями психики, точка патологической фиксации наиболее часто соотносится с эдипальной фазой психосексуального развития, а характерным защитным механизмом при этом является первичное вытеснение.

Невроз навязчивых состояний

Невроз навязчивых состояний характеризуется наличием неких навязчивых мыслей, действий или ритуалов, повторяемости которых человек

не может избежать даже несмотря на то, что во всех случаях осознает их как чуждые или принудительные. Содержание таких действий в большинстве случаев абсурдно, странно, неуместно или даже непристойно. В психоанализе невроз навязчивых состояний обычно связывают с регрессией к анально-садистической стадии развития (или с фиксацией на этой стадии) и амбивалентностью по отношению к родительским фигурам. В качестве защитных механизмов в классической теории вводится понятие «возвращение вытесненного», т.е. непроизвольное проникновение в сознание неприемлемых для личности первичных импульсов и энергетических нагрузок, которые проявляются не прямо, а в форме неких примитивных мыслей, действий и ритуалов.

Фобии

Фобии — это чаще всего моносимптоматическое психическое расстройство, сущность которого составляет переживание тревожных и (или) панических реакций в определенных ситуациях или в присутствии какого-то определенного объекта. Наиболее яркими примерами являются агорафобия (страх открытых пространств) и клаустрофобия (страх замкнутых пространств), которые, как и большинство других фобий, приводят к ограничительному поведению. В классической теории фобии рассматривались как вариант истерии («истерия тревоги»). Внутренний конфликт и защитные механизмы (маниакального типа) обычно связываются с отказом от самой идеи разлуки с защищающими (родительскими) фигурами, бессознательно предъявляемой в форме демонстративной беспомощности.

Термином «*неврастения*» обычно обозначали состояние повышенной утомляемости, быстрой истощаемости и недостатка энергии, но этот термин постепенно уходит из употребления. В классической теории неврастения относилась к *актуальным неврозам*.

В своих ранних работах Фрейд делал различие между психоневрозами и актуальными неврозами. При этом к *психоневрозам* относились *истерия, невроз навязчивых состояний и фобии*, которые были обусловлены интрапсихическими конфликтами (преимущественно между Эго и Ид) и психическими травмами в прошлом, а актуальные неврозы объединяли психические и психосоматические расстройства, связанные с нарушениями в сфере сексуальных отношений (в настоящий или предшествующий психическому расстройству период времени).

Характерной особенностью всех неврозов является то, что при них не нарушается тестирование реальности и пациент испытывает определенный внутренний дискомфорт, реально страдает и осознает свое состояние как некое психическое расстройство, которое требует коррекции.

Это составляет коренное отличие психоневрозов от *психозов*, когда утрачивается способность к адекватному тестированию реальности, а само психическое расстройство характеризуется более тяжелыми проявлениями и течением. В качестве функциональных психозов (т.е. не имеющих органических причин, повреждений или заболеваний внутренних органов или головного мозга) в психоанализе рассматриваются шизофрения, мани-

акально-депрессивный психоз и паранойя. В современной классификации психических расстройств три последние группы объединяются понятием *психотические расстройства личности*.

8.3. Метапсихология неврозов

Как уже отмечалось в предшествующих разделах, Фрейд намного опережал науку своего времени. Отказавшись от попыток найти анатомические, физиологические или биохимические корреляты психической деятельности, он пришел к созданию метапсихологии, в рамках которой психика рассматривается как эпифеномен.

В психоанализе задача классификации душевных расстройств сначала не ставилась. Но Фрейд сосредоточился на изучении неврозов, потому что они были более доступны для аналитического исследования и терапевтического воздействия. Лишь позднее были сформулированы упомянутые выше психоаналитические представления о двух различных группах психических расстройств — неврозов (психоневрозов) и психозов.

В целом вся психиатрия того времени (до конца XIX в.) еще не имела четкой классификации психических расстройств и занималась тем, что обозначалось общим понятием «душевные расстройства» или «безумие, помешательство», не предполагая никакой теории возникновения того, что именовалось безумием и чуть ранее считалось происками дьявола, следствием заблуждений и греха. Фрейд исходно поставил своей задачей найти объяснение, почему возникают те или иные психические расстройства. При этом именно он первым формулирует гипотезу о том, что бесполезно искать некие анатомические или инфекционные причины (этиологические и патогенетические механизмы) этих психических расстройств, и фактически вводит понятие *психогенеза*. Ученый формулирует гипотезу, согласно которой причины психических расстройств следует искать в самой психике.

В конце XIX в. начинают складываться условия для дифференциации понятий «невроз» и «психоз», при этом те, кому ставился диагноз «психоз», подлежали помещению в приюты для душевнобольных как неспособные к социальной адаптации, адекватному общению, не осознающие своей ненормальности и утратившие контакт с реальностью. Последний признак — утрата способности к адекватному тестированию внутренней и внешней реальности — является общепризнанным критерием психотического расстройства.

Вначале Фрейд пытался решить вопрос о психогенезе неврозов в рамках первой топики (Бессознательное — Предсознательное — Сознание), а также в рамках накопления и разрядки психической энергии и влечений, однако не достиг существенного успеха. Вторая топика оказалась более адекватной для объяснения психических феноменов.

Во второй топике основным пунктом противопоставления невроза и психоза становится промежуточное положение Эго, а именно — между Ид и внешней реальностью. Если при неврозе, подчиняясь требованиям реальности и Супер-Эго, Эго вытесняет влечения, то при психозе происходит

разрыв между Эго и реальностью, в результате чего Эго оказывается во власти Ид. Это приводит к нарушению адекватного восприятия (извращению) реальности (в виде бреда и галлюцинаций), точнее Эго начинает выстраивать новую реальность в соответствии с потребностями, желаниями и влечениями Ид.

Отказ от реальности

Фрейд не считал эту упрощенную схему достаточно удовлетворительной, и позднее ввел понятие особого механизма *«отказа от реальности»* или «ухода» от непереносимой реальности как самого примитивного варианта психологической защиты, когда психика действует так, словно какие-то (чрезвычайно травмирующие ее) события вообще не произошли, и порывает связь с реальностью. Более точно можно сказать, что психика действительно отказывается от нее, уходя в мир грез, сновидений, иллюзий, галлюцинаций, бреда и бессловесных символов, вплоть до аутизма. По аналогии с защитными неврозами Фрейд называет это «психозами защиты», в частности относит к ним паранойю.

В настоящее время понятия «невроз» и «психоневроз» стали почти синонимами, а иногда они объединяются общим понятием «невроз переноса». Это наименование обусловлено тем, что пациенты, страдающие истерией, неврозом навязчивых состояний и фобиями, достаточно легко формируют перенос на психотерапевта, т.е. относятся к нему как к некой значимой фигуре их детства и затем также относительно легко воспроизводят инфантильные травматические переживания раннего детства в процессе психоаналитической терапии. Пациенты, страдающие психотическими расстройствами (тяжелой депрессией или шизофренией), оказываются менее способными к адекватному воспроизводству детских конфликтов и психических травм. Они намного труднее формируют перенос и вступают в общение с терапевтом, «предпочитая» разговаривать сами с собой, поэтому Фрейд назвал такие проявления *«нарциссическим психическим расстройством»*, вначале применяя этот термин только к маниакально-депрессивным состояниям, но в настоящее время это определение в равной степени применяется ко всем психотическим состояниям. Чтобы понять этот достаточно сложный тезис (о беседе с самим собой), приведем такой пример из практики. Пациент приходит на очередную встречу и говорит: «В прошлый раз вы мне сказали то-то и то-то». Но терапевт этого точно не говорил. Эта ситуация повторяется многократно и, как следствие, позволяет сделать вывод, что пациент общается не с терапевтом, а с самим собой. Для преодоления таких ситуаций существуют специальные психоаналитические техники, изложение которых не входит в задачи этого учебника.

Компромиссное образование

В большинстве случаев психоневроз возникает в результате конфликта между сексуальными и агрессивными влечениями (Оно) и их производ-

ными, с одной стороны, и Я (и Сверх-Я) — с другой, которые пытаются контролировать и ограничивать эти влечения. Этот конфликт, как правило, связан с оживлением бессознательных фантазий, обусловленных неадекватным преодолением эдипова комплекса. Эго реагирует на этот конфликт усилением тревоги и активацией психологических защит, в первую очередь — механизмов вытеснения. Однако энергетическая составляющая неудовлетворенных желаний остается действующей, и наступает такой момент, когда защита уже не способна противодействовать этому «натиску» либидо, в итоге происходит возвращение вытесненного материала, но не в его реальной форме (примитивных позывов Оно), а в виде психопатологической (невротической) симптоматики. Уже само появление «беспричинной» тревоги указывает на появление патологических защитных реакций и на необходимость обращения к терапии, однако пока это знание еще не стало достоянием широкой общественности.

Таким образом, симптом не сообщает напрямую о причинах того или иного психического дискомфорта, расстройства или страдания, а является неким «*компромиссным образованием*», позволяющим избежать внутреннего (интрапсихического) конфликта. Я и Оно находятся в состоянии постоянного конфликта, и именно поэтому симптомы вовсе не отменяют этот конфликт, а представляют как бы «компромисс», когда ни одна из систем психики не получает преимущества. В определенном смысле и сновидения, и ошибочные действия, которые были рассмотрены ранее, также являются компромиссными образованиями, когда истощенное Эго уже не способно контролировать энергетический натиск Ид, но и не допускает его проявлений в чистом виде (заменяя запретные агрессивные и сексуальные влечения предъявлением симптомов). Естественно, при этом происходит обеднение Я (личности), т.е. снижение ее профессионального, творческого, сексуального, жизненного и всех других потенциалов. Повторим еще раз, что это обратимый процесс, и когда в процессе терапии бессознательное становится сознательным, конфликт прорабатывается и разрешается, у пациентов восстанавливается способность получать удовольствие от жизни и деятельности, как писал Фрейд, «в принципе — неограниченное».

Невротические нарушения могут сочетаться с расстройствами характера и влечений, пограничными состояниями (выделенными в самостоятельную группу только в 1970-е гг.), патологическим нарциссизмом и психотическими расстройствами. Обычно диагноз *пограничного психического расстройства* ставится тогда, когда наблюдаемая психопатология не поддается строгой категоризации или поведение пациента, даже несмотря на наличие психотических проявлений, тем не менее не дает оснований рассматривать его как психотика. Многие специалисты считают, что невроз и психоз — это некие взаимоисключающие друг друга понятия, хотя клинические исследования во многих случаях демонстрируют, что это не так.

В заключение приведем табл. 8.1, в свое время предложенную Жаном Лапланшем и Жаном Бертраном Понталисом (1996) для более наглядных

представлений о психоаналитической нозографии неврозов и психозов¹, но в уже в нашей редакции и с учетом более современных представлений, с дополнением ее пограничными психическими расстройствами.

Таблица 8.1

Психоаналитическое описание неврозов и психозов (по Ж. Лапланшу, Ж. Б. Понталису)

Исторические подходы к классификации	Типичные формы психопатологии в их взаимодействии и пересечении				
Типичные представления 1915 г.	Актуальные неврозы	Психоневрозы			
		Трансферентные		Нарциссические	
Типичные представления 1924 г.	Актуальные неврозы	Неврозы	Нарциссические неврозы	Психозы	
Современные представления 2014 г.	Психосоматические расстройства	Неврозы	Пограничные состояния	Аффективные (маниакально-депрессивные) расстройства	Паранойя и шизофрения

В целом, граница между неврозами и психозами остается достаточно размытой. Здесь уместно напомнить, что и автор одной из самых известных классификаций психических расстройств — Э. Крепелин — вначале рассматривал их как стадии одного и того же психического процесса. А автор самого термина «психоз» Эрнст фон Фейхтерлебен в «Учебнике медицинской психологии» (1845) отмечал: «Каждый психоз — это вместе с тем и невроз... однако из этого не следует, что всякий невроз с необходимостью является психозом».

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Какие психические расстройства относятся к психоневрозам?
- 2. В чем заключается различие актуальных неврозов и психоневрозозов?
- 3. Назовите основные критерии различия неврозов и психозов.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фенихель, О.* Психоаналитическая теория неврозов : пер. с нем. — М. : Академический проект, 2004. — С. 254–283.

¹ См.: *Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б.* Словарь по психоанализу : пер. с фр. М. : Высшая школа. 1996.

2. Решетников, М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2003. — С. 32—49.

3. Хейнц, Дж. Состояние депрессивного отчаяния: отсутствие языка выражения // Психоанализ депрессий : сб. ст. / под ред. проф. М. М. Решетникова. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2005. — С. 31—45.

Дополнительная

Фрейд, З. Введение в психоанализ. Лекции : пер. с нем. — М. : Наука, 1991. — С. 154—182; 228—250.

Глава 9

ВЛЕЧЕНИЕ, ЛИБИДО И НАРЦИССИЗМ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теории влечений;
- концепции либидо и нарциссизма;

уметь

- привести примеры нарциссических проявлений;
- разъяснить понятия Эроса и Танатоса;

владеть навыками

- анализа проявлений агрессии и садизма;
- психоаналитической интерпретации влечений;

быть компетентным

- в профессиональном анализе влечений в норме и патологии.
-

В данной главе будут рассматриваться понятия «*либидо*» и «*нарциссизм*», а также некоторые дополнительные аспекты уже упомянутого ранее понятия «*влечение*».

Под *влечениями* в психоанализе понимаются внутренние импульсы, а в более общем варианте — одухотворенные репрезентации инстинктов (общих у нас с животными), побуждающие организм к достижению той или иной цели. Учитывая это, влечение соотносится одновременно и с соматической (как инстинкты), и с психической сферой, но в отличие от инстинктов, жестко детерминированных биологическими программами поведения, влечение выступает в качестве интрапсихической динамической силы, находящейся под контролем Эго и Супер-Эго и определяющей все виды активности личности. В норме влечение практически никогда не реализуется в чистом виде и проявляется через свои репрезентации. Например, сексуальное влечение может проявляться чувством любви, возбуждением, фантазиями, обращением к поэзии, сновидениями и т.д.

Термином «*либидо*» Фрейдом была обозначена энергия сексуального влечения, источник которой связан с соматической сферой, а основным «резервуаром» — является Ид (Оно). В современном психоанализе термин *либидо* получил более широкое толкование и нередко используется для обозначения психической энергии в целом. В зависимости от того, куда направляется, вкладывается и с чем связывается (*катексится*) эта психическая энергия, различают *объектное либидо* (*объект-либидо*), направленное на внешние объекты, и *нарциссическое либидо* (*Я-либидо*), направленное на собственное Я.



Александр Кабанель. Рождение Венеры. 1863

Одним из вариантов Я-либидо является нарциссизм. В современном психоанализе термин «нарциссизм» используется в четырех основных случаях:

- 1) для описания восприятия самого себя и значимости, которой субъект наделяет сам себя, т.е. самооценки (нормальный нарциссизм);
- 2) для обозначения самой ранней стадии психосексуального развития, когда либидо ребенка полностью обращено на него самого (стадия первичного нарциссизма), и лишь намного позднее переносится на другие объекты (с появлением *объект-либидо*);
- 3) для описания гомосексуального варианта развития (нарциссический выбор объекта);
- 4) для обозначения нарциссического характера и нарциссического расстройства личности (патологический нарциссизм).

9.1. История формирования представлений и понятий

Фрейд ввел термин «влечение» для объяснения внутренних мотивационных сил, обуславливающих психическую жизнь человека, хотя в более узком значении (в соответствии с концепцией психосексуального развития) это понятие использовалось для обозначения «сексуального влечения», при этом подчеркивалось, что сексуальность взрослого человека во многом определяется тем, как был пройден (успешно или не слишком успешно) период инфантильной сексуальности. Как уже было обосновано в предшествующих разделах, вытесненные сексуальные влечения играют особую роль в происхождении невротических симптомов, поэтому причины психопатологии во многих случаях оказываются связанными с нарушениями психосексуального развития ребенка.

В последующем определение термина «влечение» неоднократно уточнялось. В *первой теории влечений* (1905—1917) Фрейд выделил две альтернативные группы: *собственно сексуальные влечения* (имеющие своим источником телесные возбуждения) и *влечения самосохранения* (влечения Я), которые различаются, по образному выражению автора, так же, как любовь и голод. Влечения Я порождают множество потребностей, связанных с поддержанием жизни индивида и самосохранением. К ним относятся,

например, потребность в еде, территории, безопасности, а также стремление к власти, потребность в самоутверждении и т.д. Влечения Я (самосохранения) могут быть удовлетворены лишь посредством внешнего объекта и подчиняются принципу реальности. Сексуальные влечения, наоборот, находятся под влиянием принципа удовольствия и направлены на получение телесного наслаждения. Они могут получать удовлетворение не только с помощью внешних объектов, но и посредством собственного тела, а также путем фантазий, при этом они обладают способностью замещать и менять свои объекты, если прямое удовлетворение невозможно.



Джон Уильям Уотерхауз. Эхо и Нарцисс. 1903

В инфантильный период развития влечения самосохранения и сексуальные влечения еще не разделены, например сосание материнской груди маленьким ребенком одновременно и удовлетворяет его потребность в пище, и доставляет удовольствие. Но в процессе развития индивида влечения Я и сексуальные влечения разделяются по своей направленности и целям и начинают действовать автономно. В ряде случаев между этими разделившимися влечениями могут возникать внутренние конфликты, создающие условия для формирования неврозов.

В работе Фрейда «По ту сторону принципа удовольствия» была сформулирована *дополнительная (вторая) теория влечений*, поставившая под сомнение безраздельное господство принципа удовольствия. В частности, была выдвинута гипотеза о существовании агрессивного влечения, действующего автономно, т.е. независимо от сексуального влечения. Причиной трансформации исходной гипотезы явились клинические наблюдения склонности пациентов к агрессивным и деструктивным действиям, к мазохизму и садизму, а также события Первой мировой войны и рост агрессивности в социальной жизни. Позднее эти наблюдения привели к выводу о существовании еще одного особого влечения — к смерти.

9.2. Эрос и Танатос

В соответствии со *второй теорией влечений* З. Фрейда были выделены две антагонистические группы: *влечение к смерти* и *влечение к жизни*. Основная часть влечения к смерти (*Танатос*) проецируется вовне —

в форме агрессии и садизма. Но в интрапсихических структурах может сохраняться некий его «остаток», направляемый на собственное Я, который формирует первичный мазохизм. Таким образом, садизм и мазохизм являются взаимосвязанными психическими (в некотором роде зеркальными) феноменами. Влечению к смерти противостоит *влечение к жизни (Эрос)*, объединяющее сексуальные влечения и влечения самосохранения. Эрос манифестирует собой любовь, связь с внешним миром и созидание; тогда как цель влечения к смерти, наоборот, направлена на разрыв связей и разрушение (в том числе саморазрушение). Типичным вариантом проявления танатологических тенденций является распад семей, войны, алкоголизм, наркомания, суициды и т.д.

Позднее было обосновано, что у каждой конкретной личности может доминировать либо влечение к смерти, либо влечение к жизни. В первом случае формируется деструктивная (саморазрушительная) психическая структура личности, как, например, при садизме или мазохизме. А при преобладании влечения к жизни деструктивная составляющая нейтрализуется, и агрессия используется в интересах Я и направляется преимущественно на социально одобряемые цели и задачи. Но и при этом деструктивная составляющая энергии либидо, переносимая на внешние объекты, может проявляться в различных формах канализованной агрессии, в том числе в виде стремления к лидерству, подавлению, господству или власти. Тем не менее Фрейд подчеркивал, что отказ от прямой агрессии представляет первую и, быть может, самую трудную жертву, которую общество требует от индивида начиная с раннего детства. В принципе, именно этот тезис Фрейда лежит в основе всех демократических преобразований и противодействия всем тоталитарным режимам.

Поясним, как основы этих амбивалентностей закладываются в детстве. Например, уже грудь матери как первичный объект всегда отчасти расщепляется в психике ребенка, т.е. воспринимается одновременно как хороший объект (объект либидо) и как угрожающий или преследующий объект (дериват влечения к смерти), в частности, когда ребенка отнимают от груди (до удовлетворения его потребности в пище) или вообще отлучают от груди. Уже в этот довербальный период развития может возникать постоянное (психотравмирующее) колебание между переживаниями «любви — ненависти», которое в будущем может потребовать психотерапевтического воздействия для интеграции разнонаправленных влечений.

9.3. Судьба влечений

Исследуя влечения как динамические и мотивационные силы, Фрейд выделил четыре их характеристики: *источник, цель, объект и напряжение (настойчивость)*. В качестве *источника* влечения рассматривается состояние соматического возбуждения в каком-либо органе или части тела. *Целью* влечения является удовольствие, которое достигается в результате устранения этого возбуждения прямым или обходным путем. *Объектом* влечения выступает то, посредством чего может быть достигнуто удовлет-

ворение. Объект удовлетворения является наиболее непостоянным компонентом влечения. В этой роли могут выступать как внешние объекты (например, при сексуальном влечении — партнер или какой-то предмет), так и части собственного тела. Один и тот же объект может служить одновременно для удовлетворения нескольких влечений. Особенно тесная привязанность влечения к объекту называется «фиксацией» на объекте.

Напряжением влечения характеризуется его сила и энергия, в связи с чем влечение переживается как внутреннее давление, побуждающее к активности. Влечения относятся к области бессознательного, они порождаются «потребностями Оно» и в ряде случаев представляют угрозу для Я. В работе «Влечения и их судьбы» (1915) Фрейд уточняет, что под «судьбами влечений» он подразумевает способы защиты Я против реализации опасных и запретных влечений. Подчеркнем — защиты, но не отмены. Поэтому судьбой влечений может стать: превращение их в свою противоположность (например, любви в ненависть); обращение на самого себя (смена объекта влечения с другого лица на собственную персону); вытеснение из сознания неприемлемых представлений или чувств; сублимация (смещение влечения на несексуальные цели) и т.д. Защиты способствуют снижению тревоги и остроты внутреннего конфликта, но конфликт между властно побуждающим к реализации влечения Оно и запретами, исходящими из Сверх-Я, все равно присутствует.

Превращение влечения в свою противоположность достаточно часто встречается в норме. Чаще всего это проявляется в форме *амбивалентности* — одновременного переживания противоположных чувств. Фрейд выделил три основных диады проявления амбивалентных влечений: *любовь — ненависть; садизм — мазохизм; эксгибиционизм (в том числе психологический) — вуайеризм (стремление к подглядыванию)*¹.

Принято считать, что исходно любовь реализуется в нарциссическом варианте, поскольку младенец практически не нуждается во внешнем мире (его внутренний мир и инкорпорированная пища выступают источником наслаждения), а внешний мир (например, гигиенические процедуры, пеленание и т. д.) может являться источником раздражения (как прообразом ненависти). Позже ближайшие внешние объекты (родители или другие ухаживающие и воспитывающие фигуры) также могут становиться источниками как удовольствия, так и фрустрации, например налагая запреты и вызывая одновременно и любовь, и ненависть. Любовь как особое отношение Я к своему сексуальному объекту достигает полного развития только на генитальной стадии (начиная с подросткового возраста), когда происходит синтез частичных сексуальных влечений в целостное объектное чувство. Проясним эти понятия: *частичный объект* — это либо часть тела, например грудь матери, либо уголок одеяла, который сосут, заменяя грудь, но главное — субъект относится к этому объекту так, словно он существует только для него и для удовлетворения его потребностей. *Целостный объект* — это человек, в отношениях с которым исходно принимается

¹ На этих влечениях и психических механизмах основаны многие эффекты рекламы и ряд телешоу.

тот факт, что он (этот объект) является самостоятельной личностью и может иметь свои потребности, отличные от потребностей субъекта.

Ненависть органически связана с тревогой и, как следствие, с желанием устранения или даже разрушения любых внешних объектов, угрожающих удовольствию или самосохранению индивида. Причиной ненависти может быть также утрата объекта или разрыв отношений с ним. В работе «Печаль и меланхолия» (1917) Фрейд, раскрывая природу одного из случаев депрессии, приводит пример, когда утрата объекта вначале вызывает ненависть к самому утраченному объекту, но затем эта ненависть обращается на собственное Я, вплоть до желания убить себя.



Корнелис ван Харлем. Дракон пожирает спутников Кадма. 1588

В ходе развития психоанализа теоретические представления Фрейда о природе влечений подвергались неоднократному пересмотру, но неизменным оставалось признание их первостепенной важности для психической жизни индивида.

9.4. Теория либидо и нарциссизма

Для обозначения энергии сексуальных влечений З. Фрейд (1894) ввел понятие «либидо». В «Лекциях по введению в психоанализ» (1917) З. Фрейд писал: «Энергию, направляемую Я на объекты сексуальных стремлений, мы называли “либидо”»¹. Автор уточнил, что под этим термином подразумевается энергия, которую Я направляет на объекты своих влечений. В целом, объекты влечений могут быть не только сексуальными.

Исходно либидо состоит из парциальных влечений, которые вначале стремятся к удовлетворению независимо друг от друга, но в процессе развития постепенно объединяются. В качестве первой психической структуры и фазы психосексуального развития Фрейд описал оральную организацию либидо, когда главную роль играет функция сосания и область

¹ Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции : пер. с нем. М. : Наука, 1989. С. 264.

рта младенца (орального удовлетворения). За ней следует анально-саdistическая стадия с ведущим значением анальной области тела и функции выделения. В период пубертата наступает третья стадия организации либидо, проявляющаяся в объединении парциальных влечений под приматом генитальных зон.

Нормальное развитие сексуального влечения может нарушаться при определенных условиях. Так, при сексуальных перверсиях (отклонениях) стадия зрелой сексуальности не достигается, как правило, вследствие фиксации индивида на каком-либо раннем (инфантильном) парциальном влечении. Например, подглядывание для раннего детского возраста является нормальным выражением познавательного интереса, однако вуайеризм взрослого свидетельствует о фиксации. Нарциссическое самообнажение ребенка перед родителями носит характер подарка и демонстрации («посмотрите, какой я красивый»), а эксгибиционизм взрослого — это уже качественно иное явление. Получение удовольствия от причинения телесной боли (например, в виде родительского наказания) в сочетании с активизацией инфантильной сексуальности может приводить к садомазохистическим психологическим установкам и соответствующим влечениям. В некоторых случаях индивид фиксируется на переживаниях первичного нарциссизма, избирая в качестве объекта влечения самого себя.

Термин «нарциссизм» был предложен в 1899 г. при описании мужской аутоэротической перверсии, при которой человек относится к собственному телу как к сексуальному объекту, любясь им и лаская с последующим получением сексуального удовлетворения. Этот термин был введен по аналогии с мифом о Нарциссе — необычайно красивом юноше, который зачах от неразделенной любви к своему отражению.

Фрейд впервые использовал термин «нарциссизм» в 1905 г. для обозначения гомосексуального выбора объекта. Он обосновал, что люди с гомосексуальной направленностью видят сексуальный объект в самих себе, исходят из нарциссической установки и ищут похожих на себя молодых людей, которых могли бы любить так же, как когда-то мать любила их. Именно в связи с этим выводом Фрейд выделил *объектное либидо*, направленное на внешние объекты, и *нарциссическое либидо*, направленное на себя (на собственное Я). В 1914 г. Фрейд посвящает данному феномену специальную работу «О нарцисизме», в которой обосновывает, что нарциссизм является универсальным психологическим феноменом, присущим человеческой природе в целом.

Фрейд рассматривает нарциссизм прежде всего в контексте превращений либидо. Так, например, в случае парафрении (одной из форм шизофрении) либидо смещается с внешних объектов на собственное Эго, и пациенты демонстрируют утрату интереса к внешнему миру в сочетании с манией величия. Фрейд относил парафрению к нарциссическим неврозам, в отличие от собственно неврозов — «неврозов переноса» (истерия, невроз навязчивости, фобии). В данном случае автором был введен достаточно четкий дифференциально-диагностический признак: Фрейд отметил, что у невротиков хотя и нарушается нормальное отношение к реальности, но сохраняется эротическое отношение к людям, хотя бы в области фан-

тазий. В случае же нарциссических неврозов (т.е. психозов) либидо совершенно отщепляется от людей и предметов внешнего мира.

Нарциссические состояния проявляются не только при психозах, но и в ряде обычных ситуаций, например в состоянии сна или при соматических заболеваниях, когда индивид оторван от окружающего мира или озабочен исключительно собой («уход в болезнь»). У детей младшего возраста и примитивных народов также наблюдаются отдельные комплексы нарциссических проявлений, например: переоценка силы своих желаний, вера во всемогущество мысли или в волшебную силу слов или символов, различные варианты магического мышления («вот закрою глаза, и меня никто не найдет»).

Две формы либидо — объектное и нарциссическое — состоят в комплементарных отношениях. Я лишается либидо, когда последнее перемещается на объект, и затем либидо вновь возвращается к Я. Например, в состоянии влюбленности все либидо сосредотачивается на предмете любви, и влюбленный забывает о себе самом, но взаимная любовь, в свою очередь, приводит к повышению самооценки через обладание любимым объектом и возвращением его любви собственному Я.

Изучение любовной жизни людей предоставляет нам еще одну возможность для изучения нарциссизма. Первоначально сексуальные влечения примыкают к удовлетворению влечений Я. Кормящая мать и (или) те, кто ее заменяет, одновременно выступают первыми объектами любви ребенка. Впоследствии выбор объектов любви происходит по нарциссическому или примыкающему (опорному) типу. Описывая любовную жизнь человека, Фрейд делает важные заключения, в частности, что человек любит:

«1) по нарциссическому типу: а) такого, как он сам (как бы самого себя), б) такого, каким он был когда-то, в) такого, каким он хотел бы быть, г) человека, который прежде был частью его самого (своего ребенка);

2) по примыкающему типу: а) человека, подобного кормящей матери, б) человека, подобного защищающему отцу»¹.

Анализируя нормальное развитие, Фрейд описал два вида нарциссизма — *первичный и вторичный*. Первичный нарциссизм характеризует самый ранний период детства (стадию аутоэротизма), когда либидо ребенка полностью обращено на себя, а субъективный и объективный мир слиты воедино. Младенец получает удовольствие преимущественно от своего тела, пребывая в нарциссическом состоянии слияния с матерью; маленький ребенок ощущает себя центром мира, демонстрирует «безграничную любовь к себе» и верит в свое совершенство и всевластие (любое его «сообщение» о дискомфорте приводит в движение весь окружающий мир).

По мере взросления (и постижения требований реальности) на смену фазе грандиозного удовольствия и внутренней уверенности приходит этап познания собственного бессилия. Взрослый человек тратит огромные усилия для поддержания нарциссического баланса, а именно внутреннего комфорта, уверенности в себе и стабильной самооценки. Чтобы избежать

¹ Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности : пер. с нем. М. : Азбука-классика, 2013. С. 180.

снижения самооценки, индивид прибегает к различным способам ее компенсации, в том числе к проекции собственных негативных качеств вовне, отрицании чего-либо неприятного в себе. Постепенно формируются реалистические оценки окружающего мира и реалистическое самосознание, осознание своего идеала и личные границы стремления к совершенству.

Механизм идеализации (бессознательной переоценки позитивных аспектов личности другого человека и самого себя) играет важную роль в нарциссической саморегуляции. Идеализация непосредственно участвует во всех эмоционально и этически значимых процессах: любви и влюбленности, формировании и признании авторитетов, индивидуальных ценностей и моральных стандартов. При этом чувство собственной значимости изначально развивается на основе первичного нарциссизма, а затем — на основе отношений с родителями и другими значимыми фигурами. В ходе нормального развития личности ее либидо постепенно перемещается на формирующийся Я-идеал, от реализации которого (успешного или недостаточно успешного) во многом зависит чувство самоуважения. З. Фрейд отмечал тесную связь между нарциссизмом и таким психическим образованием как Я-идеал, осуществляющим функцию совести и упорядочивания внутренних образцов. В рамках этой концепции совесть является той наблюдающей инстанцией, которая дает нарциссическое удовлетворение личности или лишает его. То, что не соответствует требованиям совести, может вытесняться, а на месте вытесненного материала, как уже обосновывалось, во многих случаях образуются симптомы.

В межличностных отношениях нарциссизм также играет чрезвычайно важную роль. Человек ценит другого не за его объективные качества, а за то, что он имеет с ним что-то общее или идеальное для себя, иными словами — он ценит в другом самого себя. Именно на этом основании формируются отношения любви, дружбы и сотрудничества. Такие (нарциссические по сути) отношения сопровождаются удовольствием, уверенностью и восхищением друг другом. Однако в ряде случаев (при отклонении от нарциссического идеала) они могут вызывать сильные негативные переживания (нарциссические раны), сопровождающиеся стыдом, обидой, завистью, ущемленным чувством превосходства и ненавистью. Психологическое самочувствие людей существенно зависит от того, насколько они нарциссически удовлетворены. Нарциссическое удовлетворение имеет место, если 1) мы любим, 2) наша привязанность находится в согласии с нашей совестью — с нашим Я-идеалом, 3) если любят нас.

Нарушения распределения либидо между внешними объектами и собственным Я приводят к различным проблемам. Например, невротики страдают от чувства малоценности и обеднения Я вследствие слишком большой отдачи энергии значимым людям и вклада энергии либидо в переживания, связанные с этими людьми. При других нарушениях, например при психозах, происходят противоположные процессы — соответствующая часть либидо полностью отнимается от внешних и внутренних объектов и обращается на Я, что проявляется как уход в себя и отрыв от реальности. Такие психические расстройства рассматриваются как регресс к состоянию первичного нарциссизма.

9.5. Патологический нарциссизм

В современном психоанализе нарциссизм рассматривается в двух основных видах: *нормальный и патологический*. Под последним понимаются нарциссический характер и нарциссическое расстройство личности.

При оптимальных условиях развития инфантильный (грандиозный) нарциссизм ребенка постепенно смягчается и интегрируется во взрослую личность со стабильной и гибкой самооценкой. Существенным психологическим условием развития нормального нарциссизма является способность родителей понимать и отражать нарциссические потребности ребенка. Родители могут и должны смягчать естественные для детского и подросткового возраста переживания неудач, стыда за свои поступки и нарциссического поражения. Они могут помочь маленькому ребенку находить удовольствие в осознании своей индивидуальности, поддерживая процессы отрицания своей слабости и формирования адекватного Я-идеала. Наиболее тяжелой и патогенной нарциссической травмой является отвержение или обесценивание со стороны родителей. Такой вариант детско-родительских отношений создает мощные препятствия для развития объектной любви и может приводить к фиксации на нарциссической стадии развития. В этом случае личность приобретает качество «нарциссической» с комплексом специфических свойств, в частности — «величия малоценности» (неоцененного другими величия), сопровождающегося неадекватными реакциями на малейшую обиду, отсутствием способности адекватно оценить себя и собственные ошибки и формировать устойчивые отношения с окружающими. *Нарциссическая личность* способна поддерживать отношения лишь до тех пор, пока объект продолжает выполнять функцию поддержания иллюзии ее грандиозного Я. Человек с нарциссическим нарушением патологически зависим от своих партнеров, поскольку они выполняют функцию регуляции его нарциссического баланса. Его партнеры должны быть идеальными и всегда находиться рядом, откликаясь на нарциссические потребности подпитки его Эго. Когда объект такого нарциссического отношения начинает противиться выполнению своей функции, к нему формируется раздражение и агрессия. В результате повышения напряжения в отношениях нарциссическая личность разрывает отношения и ищет другие контакты, позволяющие отыгрывать фантазии о собственной грандиозности.

Поскольку нарциссические отношения постоянно сопровождаются разочарованием, с течением времени число близких людей сокращается. Нарциссическая личность испытывает затруднения в том, чтобы общаться с бывшими друзьями, супругами, детьми. Остаются только формальные контакты. Глубокие личные отношения прекращаются или становятся весьма проблематичными. Но в отличие от лиц, страдающих психотическими расстройствами, нарциссические пациенты не порывают связи с реальностью и им не угрожает возможность дезинтеграции. *Основными признаками нарциссических нарушений являются:* неспособность индивида регулировать самооценку и поддерживать ее на адекватном уровне; спе-

цифические нарциссические переживания личности в диапазоне от тревожной грандиозности и возбуждения до легкого смущения и застенчивости; чрезмерная склонность испытывать стыд и обиду; неспособность получать удовольствие от деятельности. Дополнительными диагностическими критериями являются: извращенные сексуальные фантазии или отсутствие интереса к сексу; невозможность устанавливать и поддерживать серьезные отношения; склонность к правонарушениям и неконтролируемым приступам гнева; отсутствие чувства юмора и эмпатии к нуждам и чувствам других людей; патологическая лживость; ипохондрическая озабоченность своим физическим и психическим здоровьем. Все эти качества особенно ярко проявляются в терапии, в том числе в отношениях с терапевтом.

Нарциссических пациентов отличает необычайно «раздутое» представление о себе и ненасыщаемая потребность в восхищении и одобрении. При прекращении внешнего нарциссического обеспечения («подпитки самоуважения восхищением») они впадают в беспокойство или скуку. Такие пациенты идеализируют фигуры, от которых ожидают и получают нарциссическое удовлетворение; обесценивают и презируют остальных; завидуют окружающим; их отношения с людьми носят эксплуататорски-паразитический характер с уверенностью в своих «особых правах»; их эмоциональность поверхностна, они холодны и безжалостны. Глубинный образ нарциссических пациентов можно было бы определить как голодное и пустое Я, полное гнева из-за фрустраций и обнаруживающее себя в мире, полном ненависти и мести. В зависимости от выраженности нарциссических проявлений в настоящее время различают нормальный инфантильный, нормальный взрослый и патологический (злокачественный) нарциссизм, при котором триумф над нарциссическим страхом и болью достигается путем поведения и действий, направленных на формирование страха у окружающих и причинение боли другому.

По мнению специалистов, современная культура может быть квалифицирована как нарциссическая в связи с резким повышением значимости удовлетворения индивидуальных потребностей в ущерб коллективным, а также существенным ростом частоты и степени выраженности нарциссических расстройств.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Раскройте содержание понятий «влечение», «либидо», «нарциссизм».
2. Какие группы влечений Фрейд выделял в первой и во второй теории?
3. Приведите примеры проявления нормального и патологического нарциссизма.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Влечения и их судьбы // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 73—78.

2. *Фрейд, З.* По ту сторону принципа удовольствия // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 227—290.

3. *Фрейд, З.* О введении понятия «нарцизм» // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 39—72.

Дополнительная

Розенфельд, Г. Психопатология нарциссизма. Клинический подход // Психоаналитические концепции нарциссизма. — М. : Русское психоаналитическое общество, 2009.

Глава 10

ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И СОПРОТИВЛЕНИЕ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теории защитных механизмов;
- концепцию вытеснения травматических переживаний;

уметь

- охарактеризовать основные механизмы защиты;
- понимать отличия примитивных и вторичных защит;

владеть навыками

- психологического анализа защитного поведения;
- различения защит и сопротивления;

быть компетентным

- в профессиональном анализе первичных и вторичных защит.
-

Понятием «защита» объединяется совокупность бессознательных психических механизмов, направленных на уменьшение или устранение из сознательной части Эго неприятных, опасных, негативных или деструктивных интрапсихических содержаний или внешних стимулов.

В качестве уточняющего определения следует добавить, что защитами именуется любые механизмы, которые Эго может использовать при конфликтах, как отмечал Фрейд, «возможно, даже ценой невроза». Под конфликтами в данном случае понимаются прежде всего конфликты между Эго (с одной стороны) и Супер-Эго и (или) Оно (с другой). Другие механизмы также могут использоваться для защиты от реальных или воображаемых опасностей, исходящих от внешнего мира. В качестве таких «внешних опасностей» следует упомянуть различные формы негативной для личности информации, в том числе интрапсихической природы, неприемлемые оценки и самооценки.

В большинстве случаев речь идет о защите от внутреннего возбуждения и неприемлемых влечений (Оно), а также представлений (мыслей, воспоминаний или фантазий), причастных к этому влечению. Самостоятельную группу составляют ситуации, провоцирующие психическое возбуждение и неприемлемые влечения, которые нарушают душевное равновесие (психический гомеостаз) и, следовательно, неприятны для Эго. Таким образом, следует предполагать, что основные механизмы защиты в той или иной степени интегрированы в Эго. Будучи постоянно связанной с мощными влечениями и вынужденно противодействуя им, защита, как и сами влечения, может приобретать навязчивый характер.

10.1. История появления понятия

Термин «защита» (вначале без дифференциации на конкретные механизмы) впервые появился в 1894 г. и был использован Фрейдом для описания борьбы Я против неприятных, неприятных или невыносимых мыслей и аффектов. В последующем этот термин был на какой-то период времени заменен понятием «вытеснение», которое употреблялось практически равнозначно. Однако отношения между двумя терминами оставались неопределенными. В 1926 г. Фрейд вновь возвращается к старому понятию защиты, которое вновь используется для обобщенного наименования всех различных механизмов, которые Я использует в конфликте. А термином «вытеснение» обозначается только один из защитных механизмов, который уже неоднократно упоминался и содержание которого будет подробнее раскрыто ниже.

Исходя из своего клинического опыта, Фрейд также сформулировал предположение о наличии тесной связи между конкретными формами защиты и конкретными психическими расстройствами, например между вытеснением и истерией. Другие формы защит, такие как регрессия, формирование реакции, изоляция и уничтожение, присущи пациентам с неврозами навязчивости. А применительно к идеям ревности, к паранойе и гомосексуальности Фрейд обосновывает особую значимость механизмов проекции и интроекции, относящихся к ранним (архаичным) типам защиты.

Основная функция всех защитных механизмов, частные варианты которых будут рассмотрены ниже, состоит в предохранении Я или «помощи» Я в его борьбе с проявлениями примитивных инстинктов.

10.2. Частные виды защитных механизмов

Вытеснение

Термином «*вытеснение*» характеризуется психический механизм, посредством которого психические содержания или неприятные влечения, которые могут вызывать душевную боль, устраняются из сознания в бессознательное. Вытеснение наиболее ярко проявляется при истерии, но оно играет определенную роль и при других душевных расстройствах, так же как и в нормально функционирующей психике. Считается, что вытеснение — это универсальный психический процесс, лежащий в основе становления бессознательного как особой области психики.

Различают *первичное* вытеснение, с помощью которого предотвращается проявление того или иного инстинктивного импульса (содержание, которое никогда не осознавалось), и *вторичное* или *собственно вытеснение*, которое характеризует влечения и импульсы, которые ранее осознавались, но затем подверглись вытеснению. Термином «*возвращение вытесненного*» характеризуется непроизвольное проникновение в сознание неприятных влечений и импульсов или дериватов (производных первичных импульсов). Наиболее типичными проявлениями *возвращения вытесненного* являются ошибки, оговорки, а также симптомы психических расстройств. Сам

вытесненный материал при этом в большинстве случаев остается в бессознательном, а возвращение вытесненного проявляется его *дериватами* (производными), которые пропускаются в сознание, так как в измененном или искаженном виде они не опознаются защитой в качестве вытесненного материала. Повторим: невротические симптомы также являются дериватами вытесненного и таким образом демонстрируют наличие некоего душевного неблагополучия, но не указывают на его локализацию и причину.

Регрессия

Понятием «*регрессия*» обозначается возврат к более ранним стадиям психосексуального развития (включая задержки развития у детей после тяжелых психических травм) или проявления тех или иных элементов ранних стадий психосексуального развития у взрослых, что позволяет им снизить уровень тревоги и как бы вновь оказаться в рамках родительской защищенности и опеки. С формальной точки зрения этот процесс характеризуется переходом к менее сложным и менее упорядоченным способам выражения эмоций и поведения. Как известно, психосексуальное развитие проходит через несколько стадий (оральную, анальную, эдипальную и т.д.). Регрессия идет в обратном порядке, но, как правило, стадия, к которой стремится регрессия, определяется наличием *точек фиксации*, т.е. того или иного срыва («повреждения») на пути нормального психосексуального развития.

Теория регрессии предполагает, что (за исключением идеальных случаев) инфантильные стадии психосексуального развития преодолеваются не полностью, и поэтому более ранние паттерны поведения остаются как альтернативные способы функционирования. Фрейд настаивал на том, что прошлое индивида (а позднее этот тезис был распространен и на человечество) навсегда останется в нас, т.е. ранее пережитые, преодоленные и даже забытые первичные состояния всегда могут возникнуть вновь. По мнению создателя психоанализа, первичная психика, в собственном смысле слова, неуничтожима.

Фиксация и регрессия взаимосвязаны, однако нужно иметь в виду, что фиксация принадлежит концепции развития, а регрессия — это защитный процесс. Нужно отметить, что как неудовлетворение тех или иных потребностей ребенка на той или иной стадии психосексуального развития, так и чрезмерное удовлетворение его потребностей в заботе, опеке или питании могут приводить к формированию определенных точек фиксации. Эти точки фиксации могут проявляться в поведении как в норме (на доклиническом уровне), так и в форме тех или иных психических расстройств. Те или иные формы регрессии, как правило, проявляются в процессе терапевтической работы и являются как диагностическим признаком (обеспечивая аналитику доступ к ранним фазам развития), так и важным фактором для определения стратегии терапии.

Реактивное образование

Реактивное образование — это защитный механизм, сущность которого состоит в изменении неприемлемых для Эго чувств, эмоций или форм по-

ведения на противоположные (относительно вытесненного желания или влечения). Например, превращение ненависти в демонстрацию любви или любви — в презрение, стыда — в склонность к эксгибиционизму и т.д. Фрейд достаточно образно характеризовал это как «противосимптом».

Фактически в каждом конкретном реактивном образовании проявляется влечение, от которого Эго пытается защититься. Достаточно хрестоматийными являются следующие пояснения этой феноменологии: разве домохозяйка, одержимая чистотой, не сосредоточена целиком на грязи и пыли; разве юрист, который со всей строгостью исполняет закон, не проявляет тем самым безразличия к справедливости, нередко потакая под маской добродетели своим садистическим наклонностям? Сюжет о том, как отвергнутая (но не прошедшая) любовь порождает ненависть, многократно тиражирован в литературе и кинематографе.

Фрейд подчеркивал особую роль реактивных образований (наряду с сублимацией) в формировании человеческих характеров и добродетелей. Вводя понятие «Сверх-Я», Фрейд отмечал, что в его развитии важную роль играют механизмы реактивных образований.

Изоляция

Защитный механизм *изоляции* проявляется в блокировании мыслей, чувств и воспоминаний, связанных с аффективными (как правило, неприятными или травмирующими личность) переживаниями прошлого. Среди типичных проявлений изоляции следует упомянуть внезапные остановки в процессе мышления или речи, а также использование ритуалов, прерывающих адекватную последовательность действий — такова, например, необходимость обязательно коснуться крышки стола снизу, прежде чем выйти к доске.

Наиболее часто механизм изоляции наблюдается при неврозе навязчивых состояний. Такие пациенты защищаются от тех или иных мыслей и чувств, выделяя их из текущего контекста речи или поведения посредством пауз или ритуальных действий, во время которых «ничего не должно происходить»; они как бы отказываются на какой-то отрезок времени от всех восприятий и действий («изолируются» или «изолируют» себя от чего-то). Изоляция достаточно заметно проявляется в процессе терапии, где роль свободных ассоциаций как раз и направлена на преодоление изоляции, на то, чтобы сделать ее заметной, в том числе — для пациента. Но пациент, проявляя сопротивление, демонстрирует склонность к паузам и к отделению тех или иных мыслей и представлений от их эмоционального контекста.

Фрейд считал изоляцию архаическим способом защиты от влечения, характеризуя ее как устранение самой возможности контакта, как запрет на прикосновение к данному предмету (или к конкретному психическому содержанию); подобно этому, когда невротик изолирует впечатление или действие, отделяя его паузой, он символически дает понять, что не допустит, чтобы относящиеся к нему мысли вступали в ассоциации с другими мыслями.

Уничтожение сделанного (аннулирование)

Аннулирование — это защитный механизм, позволяющий достигнуть внутреннего ощущения, будто предшествовавшей мысли или действия вообще не было. Фрейд характеризовал это как «негативную магию», когда из актуального сознания удаляются не только последствия какого-то события (мысли, или переживания, или впечатления), но и само это событие. При неврозе навязчивости этот механизм иногда проявляется в «двухфазных» симптомах, при этом первое действие аннулируется вторым, так что получается, будто не было ни одного действия, тогда как в действительности были оба. Считается, что механизм уничтожения является несколько более прогрессивным по сравнению с реактивным образованием, так как происходит нечто позитивное в противоположность уже сделанному. В качестве примера можно привести человека, страдающего навязчивостью, который регулярно в любое время суток включает свет только с той целью, чтобы затем его тут же выключить.

Проекция

В наиболее простом варианте *проекция* определяется как неосознаваемое (защитное) приписывание другим людям собственных подавленных влечений, желаний, конфликтов и т.д. Например: «Все люди лгут». В более широком смысле проекция характеризуется как выделение и локализация в другом лице (или даже вещи) тех качеств, чувств, желаний, т.е. тех психических содержаний, наличие которых у себя субъект не признает или отвергает.

Механизм проекции встречается и в норме, и в психопатологии. Первоначально этот механизм был выявлен при анализе случая паранойи (1911), в частности, при анализе отрицания, проекции и обращения гомосексуальных чувств. Пациент Фрейда категорически отрицал свои гомосексуальные чувства и проецировал их на другого, а затем трансформировал их в достаточно сложную систему (*обращение* на себя), замаскированную бредом, согласно которому именно его ненавидят и преследуют. Иными словами, пациент отрицает, что любит лицо мужского пола, а вместо этого утверждает, что это лицо его ненавидит.

Обращаясь к этому механизму защиты, Фрейд описал также фобическую организацию психики, когда собственные влечения личности, ощущаемые как опасные, проецируются на внешний мир, который воспринимается как враждебный, и побуждают к «бегству» от реальности. В рамках этого же механизма была описана «проективная ревность», когда собственные желания трансформируются в безосновательные обвинения в неверности другого супруга или возлюбленного.

Механизм проекции неоднократно использовался для анализа мифологии, в частности для объяснения типичных вариантов наделения природы и богов человеческими качествами и страстями. Например, демоны и злые духи наделялись всеми пороками и становились некими воплощениями всех низменных человеческих желаний. По Фрейду именно проекция

(вместе с *интроекцией*) играет особую роль в самоидентификации и установлении границ между Эго и внешним миром (включая мифологическую составляющую внешнего мира).

Отрицание

Мы уже упомянули *отрицание*, и теперь раскроем его смысл более подробно. Этот защитный механизм направлен на защиту субъекта от ранее вытесненных психических содержаний (желаний, мыслей и чувств), что проявляется в отрицании того, что это могут быть его собственные желания, мысли и чувства. По Фрейду, отрицание вытесненных (болезненных для личности) содержаний является одним из проявлений принципа удовольствия; при этом отрицание приобретает некий вариант галлюцинаторного исполнения желания (вытесненного желания).

Отрицание «некоторых сторон себя» — это более сложный психический механизм, за которым могут следовать «расщепление» и «проекция», в результате чего пациент отрицает наличие у себя каких-то чувств, но продолжает убеждать, что у кого-то другого они есть.

Расщепление

Расщепление определяется как защитный механизм, при котором Эго утрачивает свою целостность, образуя как бы две (или более) относительно независимые психические подструктуры — вплоть до множественной личности. Это может интерпретироваться также как появление внутри Эго двух различных психических установок (двух подструктур) по отношению к внешней реальности. Одна из структур исходит из учета реальности и ее требований, а вторая игнорирует реальность, выдвигая на первый план удовлетворение желаний и влечений. Одна часть, «отколовшаяся» от Эго, может ощущаться как «хороший объект», а другая — как «плохой», при этом эти две подструктуры могут сосуществовать, фактически не оказывая друг на друга никакого воздействия.

Расщепление — это не всегда патологический процесс. Например, усиление и развитие рефлексивного самосознания пациента в процессе терапии также требует определенного расщепления Эго, при этом одна его часть идентифицируется с аналитиком, наблюдая и размышляя над свободными ассоциациями, которые продуцируются другой частью Эго.

Расщепление, отрицание и проекция составляют триаду шизоидной защиты, посредством которой те или иные психические подструктуры собственной личности или внутренние психические содержания не признаются своими и приписываются другим объектам.

Интроекция

Интроекция — это психический механизм и процесс, посредством которого внешний объект замещается его психическим представлением, а отношения с внешним объектом заменяются отношениями с воображаемым внутренним (интроецированным) объектом.

Интроекция действует не только в качестве защитного механизма, но и в процессе нормального развития, например у ребенка, который интроецирует образ матери и таким образом снижает тревогу при ее отсутствии (уменьшает сепарационную тревогу), что способствует постепенному увеличению автономности его существования и поведения. Механизм интроекции был впервые описан Фрейдом при изучении меланхолии, а затем приобрел более общий смысл. Интроекция связана с оральной стадией развития и инкорпорацией (желанием поглощения, в данном случае, молока и груди). Эти два термина часто использовались как синонимы. Фрейд считал, что этот процесс находит свое выражение уже на уровне самых ранних оральных влечений, проявляясь поведенчески в форме демонстрации специфических паттернов: «я хочу это съесть» или «я хочу это выплюнуть», или в более обобщенной форме: «я хочу ввести в себя одно и исторгнуть из себя другое». В целом этот феномен органически связан с механизмом отрицания и с принципом «удовольствия — неудовольствия»: отношения с внешним миром строятся на интроекции всего, что связано с чувством удовольствия (и поощряется культурой), а проекция проявляется преимущественно в отношении того, что порождает ощущение неудовольствия (и порицается культурой).

В этом смысле понятие «интроекция» употребляется также в отношении лишенного критики усвоения моральных и нравственных эталонов и ценностей, норм поведения, психологических установок, мотивов, взглядов и т.д.

Сублимация

Понятием «сублимация» Фрейд объединил различные формы человеческой деятельности, не имеющие прямой связи с сексуальностью, но порожденные силой сексуального влечения, то есть при которых разрядка энергии инстинктов (и их производных — влечений) реализуется в неинстинктивных формах поведения.

В качестве основных форм сублимации обычно отмечаются художественное и научное творчество, сценическое искусство и другие высокодуховные виды деятельности, требующие значительных затрат психической энергии, но не связанные с проявлениями сексуальности и агрессивности, а направленные на социально значимые цели. Процесс сублимации необходимо включает в себя перемещение энергии с действий и объектов первичного (биологического) значения (борьбы за территорию, пищу, заботу о продолжении рода и т.д.) на действия и объекты социального значения. Фактически все развитие Эго зависит от сублимации как одного из главных производных влияния культуры и социума.

Однако есть некоторые исключения. В частности, было обосновано, что сублимации доступны только ранние (прегенитальные) устремления ребенка (быть любимым, признанным, ощущать свою ценность), то есть сублимация генитальной сексуальности у взрослых маловероятна, так как разрядка сексуальной энергии в данном случае достигается только в оргазме. В целом, сублимация хотя и рассматривается как защита (от импульсов

и влечений, исходящих из Ид), но она в гораздо большей степени имеет отношение к норме, чем к патологии, так как обеспечивает адекватное разрешение инфантильных конфликтов, которые при отсутствии механизма сублимации могли бы привести к неврозу.

Рационализация

Рационализация — это механизм защиты, обеспечивающий блокировку осознания истинных (нередко иррациональной природы) мыслей, чувств и мотивов и их преобразование в более приемлемые для личности и (или) социума объяснения, при этом подлинные мотивы как бы остаются «в тени» сознания.

Рационализации часто подвергаются симптомы психических расстройств, в качестве гипотетических причин которых пациентами приводятся самые различные объяснения — от переутомления до предположений о «наведенной порче» или опухоли мозга. Поскольку все осознаваемые процессы мышления строятся на рациональной основе, рационализации имеют очень широкий диапазон проявлений и присутствуют как в норме, так и в различных видах бреда.

Рационализацию достаточно условно относят к психологическим защитам, поскольку она не взаимодействует с влечениями напрямую, а осуществляет «маскировку» различных элементов влечений и внутреннего конфликта. Таким образом, и используемые пациентами защиты, и сопротивление терапии могут стать предметом рационализаций (ложного объяснения). Рационализации обычно не сопровождаются эмоциональными переживаниями аффектов, которые имели место в прошлом, и не обеспечивают эмоциональной разгрузки и отреагирования в процессе терапии (делают ее бесполезной). Рационализации обычно базируются на различных житейских и научных догмах, идеологических схемах, общепринятой морали, политических убеждениях, — при этом Сверх-Я усиливает защиты Я и сопротивление терапии. Во многом аналогичным механизмом защиты (и одновременно сопротивления) является *интеллектуализация*, когда в рассказах пациентов абстрактное, а порой и бесплодное мудрствование преобладает над переживаниями, когда практически полностью блокируется обращение к бессознательному, аффектам и фантазиям.

Понятие защиты обычно формулируется с позиции, подразумевающей, что нормальное функционирование Эго постоянно подвергается угрозам, идущим от Ид, Супер-Эго и внешнего мира. Таким образом, Эго находится в состоянии постоянной обороны, а защиты включают все механизмы, которые Эго использует для противодействия силам, которые могут привести к нарушению психического гомеостаза (чувству тревоги) или к неврозу. С этой точки зрения невроз — это следствие несостоятельности защит. Однако поскольку тревога (как аналог психического стресса) является одним из факторов развития, защитные механизмы, безусловно, играют определенную роль и в процессе нормального развития.

Предполагается, что определенные защиты соответствуют конкретным стадиям развития, например интроекция, проекция, отрицание и расще-

пление соответствуют оральной фазе, а формирование реакции, изоляция и уничтожение сделанного — анальной. Различают первичные и вторичные защиты. К первичным (примитивным) защитам относятся отрицание, проекция, интроекция, расщепление и диссоциация. В перечень вторичных защит более высокого порядка обычно включают вытеснение, регрессию, изоляцию, рационализацию, аннулирование, реактивное образование, сублимацию и некоторые другие.

Примитивные защиты, которые формируются на самых ранних этапах развития личности как способы обретения опыта, присутствуют у каждого, независимо от того, функционирует ли личность на уровне нормы или имеет ту или иную патологию. А невротические и личностные проблемы возникают в тех случаях, когда имеется слабость примитивных защит или недостаточно сформированы защиты более высокого порядка. Все люди что-то интроецируют, отрицают, проецируют и стремятся к детскому всемогуществу. Однако большинство компенсируют свои влечения различными защитными механизмами переработки тревоги и адекватными способами ассимиляции сложной, беспокоящей, а то и опасной внешней реальности. Пограничная или психотическая личностная структура, как правило, обусловлена слабостью или даже отсутствием зрелых защит.

Проявлением защитных механизмов у тех, кто проходит психоанализ или психотерапию, является сопротивление. Термином *«сопротивление»* в психоанализе объединяются силы, механизмы и процессы, препятствующие (в том числе в процессе терапии) осознанию влечений, желаний, воспоминаний и переводу содержаний аффективной сферы из бессознательного в сознание. Сопротивление всегда рассматривается как явный признак конфликта и связано с теми же структурами, которые в свое время участвовали в осуществлении вытеснения. Фрейд выделял пять видов сопротивления, при этом три первых соотносились с Эго, в частности:

- 1) сопротивление вследствие вытеснения;
- 2) сопротивления, связанные с переносом (или трансферные сопротивления, которые могут как осложнять, так и способствовать развитию терапевтического альянса);
- 3) сопротивление, связанное с выгодой от болезни (когда симптом в некотором роде освобождает от тревоги и конфликта), а также связанное с вторичной выгодой (получением определенных «дивидендов» в отношениях с ближайшим окружением в связи с фиксацией в роли больного);
- 4) сопротивление Оно (свойство влечений стремиться стереотипно находить объект влечения и способ разрядки, то есть «наступать на одни и те же грабли»).

Кроме этого были выделены: сопротивление, исходящее от Оно (сопротивление бессознательного), а также сопротивление, связанное с влиянием Сверх-Я, обусловленное бессознательным чувством вины и такой же потребностью в наказании.

Пациенты, проявляющие сопротивление, казалось бы, хорошо работают в процессе сессий психотерапии, рассказывают о своих воспоминаниях, внутренних переживаниях, сновидениях и т.д. Однако при этом формируется впечатление, что все происходит по некой заранее заготовленной

программе: они стремятся быть образцовыми пациентами, делают множество рационализаций, легко интерпретируют свои симптомы и переживания, но при этом избегают не только вторжения, но даже прикосновения к своему бессознательному, а попытки терапевта обратиться именно к этой сфере психики воспринимаются ими как некая угроза извне. Эта отстраненность от аффектов имеет свои причины — прикосновение к аффектам болезненно, и обычно пациентов предупреждают об этом, так как другого способа разрешения конфликта не существует. Нередко в процессе терапии на смену одному виду сопротивления приходит другое, но каждый раз, когда сопротивление преодолевается, личность растет.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение и опишите основные функции защитных механизмов.
2. Дайте характеристики первичных (примитивных) защитных механизмов.
3. Опишите роль и значение сопротивления.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, А.* Психология «Я» и защитные механизмы : пер. с нем. — М. : Педагогика, 1993. — С. 17–26; 41–52.
2. *Фрейд, З.* Вытеснение // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 79–110.
3. *Фрейд, З.* Торможение, симптом и тревога // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 6. Истерия и страх. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 227–309.

Дополнительная

- Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика : пер. с англ. — М. : Класс, 1998. — С. 61–89.

Глава 11

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- определение психосоматического расстройства;
- историю развития представлений о психосоматических расстройствах;
- понятие ресоматизации;
- факторы риска для психосоматических расстройств;

уметь

• отличать конверсионный симптом от функционального синдрома и истинного психосоматического заболевания;

• пользоваться психоаналитическим инструментарием в понимании психосоматических расстройств;

владеть навыками

- понимания символического значения симптома;
- определения возможных психологических факторов психосоматического расстройства;

быть компетентным

• в понимании специфики психосоматических расстройств и задач психосоматической медицины.

В соответствии с психоаналитической концепцией личность каждого человека как биосоциального существа презентруется двумя основными частями — телом (сомой) и психикой. В случаях, когда требуется подчеркнуть единство организма и взаимосвязи психических и соматических функций, используется понятие «психосоматика» или определение «психосоматический». В целом, термином «*психосоматические расстройства*» обозначают заболевания, этиология которых обусловлена психологическими и социальными факторами.

При этом заболевания определяются как психосоматические только в случае, если: а) невротические симптомы или психические травмы предшествуют и затем сопровождаются выраженными расстройствами соматических функций и б) сами невротические симптомы связаны с особенностями личности пациентов, их конфликтами, историей их развития и жизни.

В отличие от конверсионной истерии, при которой, несмотря на наличие жалоб на расстройство функций тех или иных органов, у пациентов при детальном обследовании не выявляется никаких органических изменений, при психосоматической патологии такие изменения реально присутствуют. А при истинных органических заболеваниях внутренних органов

у пациентов, как правило, отсутствует невротическая симптоматика. Как видно из этого определения, границы того, что именуют психосоматической патологией, достаточно размыты и отчасти связаны с тем, насколько полно исследованы соматическая и психическая сферы пациентов.

11.1. История развития проблемы

Впервые термин «психосоматика» в научной литературе был использован профессором психиатрии Лейпцигского университета Иоганном Гейнротом в 1818 г. для объяснения развития некоторых заболеваний с психологической точки зрения. В частности, в качестве основного этиологического фактора этим автором выделялись переживания стыда, злобы, ненависти и сексуального страдания. Однако эти представления носили достаточно примитивный характер и применялись в том числе к ряду глубоко органических заболеваний.

Как известно, психоанализ начался с исследований конверсионной истерии, а его рождение стало одной из первых реакций на одностороннее (ориентированное исключительно на соматическое) развитие медицины XX в., которая на протяжении всего предшествующего периода пренебрегала фактом целостности человеческого организма. Открытие психогенного происхождения истерических симптомов стало отправным пунктом развития как психоанализа, так и психосоматической медицины. Напомним, что Зигмунд Фрейд впервые использовал термин «конверсия» для обозначения особого преобразования психического конфликта и его разрядки в телесных симптомах. Другим значимым открытием Фрейда стало понимание того, что в ситуации, когда эмоции не могут быть выражены и разряжены через обычные каналы в результате произвольной (вербальной и поведенческой) активности, они способны стать источником не только психических, но и соматических заболеваний. Позднее в психоаналитических исследованиях неоднократно подчеркивалось, что для возникновения истерического симптома необходима «соматическая готовность» — физиологический фактор, имеющий первостепенное значение при «индивидуальном» (бессознательном) выборе «страдающего» органа.

Вначале все это описывалось в рамках концепции «актуальных неврозов»: неврастении и невроза страха. При этом невроз страха характеризовался как «свободно плавающая», внешне беспричинная тревога. Фрейд выделил и описал ряд телесных дисфункций, сопровождающих приступ тревоги, в частности: нарушение ритма сердечной деятельности и дыхания, потливость, дрожь, спазмы, диарея, головокружение. В последующем этот перечень был дополнен булимией, анорексией, гиперемией и некоторыми другими нарушениями регуляции деятельности внутренних органов. Существенным является также положение о том, что Я телесно и непосредственно связано с соматическими переживаниями. По сути, именно неврастения и невроз страха с их интенсивными физиологическими проявлениями стали связующим звеном между психоневрозами, с которых психоанализ начинался, и концепцией психосоматических заболеваний.

11.2. Психосоматическая медицина

Понятие «психосоматическая медицина» было введено в 1930-х гг. одним из последователей Фрейда Георгом Гроддеком, который обосновывал, что многие органические заболевания имеют психическую природу. При этом Гроддек выдвинул гипотезу о том, что телесные страдания связаны с Оно, а именно — с теми бессознательными «силами, которые руководят нашей жизнью, пока мы думаем, что мы руководим ими». Являясь автором идеи Оно, Гроддек считал его источником всех психических и органических заболеваний, регулятором всех нормальных и патологических процессов в организме, источником всех конфликтов и структурой, играющей решающую роль в индивидуальной судьбе личности. По Гроддеку, не только истерик, но и любой человек обладает способностью «заболеть с какой-либо целью», более того, любой человек использует эту способность в том или ином объеме. То есть соматическое заболевание является не только символическим выражением конфликтов Оно, но и одним из способов защиты субъекта от непереносимых переживаний или требований реальности. Эти идеи получают наиболее широкое распространение в США, где с 1939 г. началось издание специализированного журнала «Психосоматическая медицина», а в 1950 г. было создано Американское психосоматическое общество.

Георг Гроддек (1866–1934) — немецкий психиатр и психоаналитик, автор понятия «психосоматическая медицина». Исследовал проблемы художественного творчества, литературы и искусства, языка, символики, ввел в научный лексикон понятие «Оно», впоследствии переработанное Фрейдом. Создал представление об «Оно» как формирующем принципе всех нормальных и патологических процессов организма и, таким образом, источнике психических и органических заболеваний. Основные работы: «Книга об Оно» (1923), «Человек как символ» (1933).



Феликс Дейч (1884–1964) — американский врач и психоаналитик австрийского происхождения, стоял у истоков психосоматической медицины, первым начал ее преподавание в университете. Автор ряда работ по прикладному психоанализу и инновациям в психотерапевтической технике. Основная работа — «Прикладной психоанализ» (1949).



Первым главным редактором журнала «Психосоматическая медицина» становится другой последователь Фрейда — Феликс Дейч, который разработал концепцию органических неврозов. Особое значение в развитии пси-

хосоматической патологии он придавал слабости конкретного органа, обусловленной генетически или предшествующим болезненным процессом. По его представлениям, в органическом симптоме конверсионный поток находит выход, который закрыт у физически здорового человека. Согласно Дейчу, если бы «в распоряжении людей не было возможности органических патологий, они бы избыточно страдали от неврозов». В последующем психосоматические заболевания неоднократно характеризовались как нарушения смысловых связей между душой, телом и внешним миром. Начиная с 1950-х гг. психосоматическое направление в терапии внутренних болезней приобретает широкое развитие в США и в Германии. Открываются десятки психосоматических клиник и отделений, где терапевт проводит диагностику соматического заболевания и назначает медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, а все остальное время пациентом занимаются психотерапевты.

11.3. Вклад Франца Александра и других исследователей

Особое место в развитии психосоматического направления занимает Франц Александер, который приехал в США из Германии уже сложившимся психоаналитиком и в 1939 г. основал Чикагский психоаналитический институт, где были проведены первые систематические исследования психосоматических расстройств. Один из кардинальных выводов этих исследований состоял в том, что понимание и адекватное лечение органических заболеваний невозможно без анализа и учета психического, эмоционального, соматического и культурного статусов пациентов.



Франц Габриэль Александер (1891–1964) — американский врач и психоаналитик венгерского происхождения, один из основоположников психосоматической медицины и психоаналитической криминологии, основатель и лидер «Чикагской школы психоанализа». Осуществил разграничение понятий «чувство вины» и «чувство стыда» по их эмоциональному содержанию и функциональным результатам, основал первую психосоматически ориентированную психоаналитическую лабораторию, где совместно с коллегами исследовал и описал конфликтные модели болезней, проявляющихся у различных типов личности, исследовал социальную дезорганизацию и ряд криминологических проблем. Основные работы: «Психоанализ цельной личности» (1927); «Основы психоанализа» (1948); «Психосоматическая медицина. Ее принципы и применение» (1950).

Существенный вклад в исследование взаимосвязей между психической и соматической сферами внесла Фландерс Данбар. Получив психоаналитическую подготовку в Вене и в Цюрихе, в последующем Данбар обобщила свой двадцатилетний опыт работы психиатром в клинике общего профиля в монографии «Психосоматический диагноз» (1948), где представила концепцию

специфических профилей личности, существенно различающихся у пациентов с разными соматическими расстройствами. По Данбар, причина психосоматических расстройств связана с личностными особенностями индивида, которые обуславливают уязвимость тех или иных внутренних органов. Например, человек, страдающий ишемической болезнью сердца, характеризуется как субъект, пребывающий в постоянной борьбе за успех, строящий долгосрочные планы, демонстрирующий высокую тревожность и приверженность «принципу реальности»; больной диабетом чаще всего склонен к пассивной жизненной позиции и поиску зависимости; гипертрофированная независимость предрасполагает к повышенному травматизму. Соответственно этим представлениям Данбар были выделены язвенный, коронарный, гипертонический и травматический (склонный к повреждениям) профили.

Полемизируя с Данбар, Александер отмечал, что подобная прямая взаимосвязь между психологическим портретом (характером) личности и предрасположенностью к тем или иным заболеваниям не обязательно раскрывает реальную цепь причинно-следственных связей. Он предположил, что между ними может располагаться специфический образ жизни. Анализ клинического материала позволил Александеру выдвинуть гипотезу специфичности или специфических конфликтов. Главное внимание в ней было уделено бессознательному эмоциональному напряжению, которое, не имея возможности разрядиться в координируемых действиях, становится патогенным. В целом личность психосоматического больного, как правило, описывается как инфантильная, так как выражение эмоциональных переживаний через соматические расстройства является инфантильной формой их проявления (теория ресоматизации).

По гипотезе Александера, специфичность того или иного соматического заболевания зависит от «качества эмоций». Им было выделено семь специфических психосоматических заболеваний: язва двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, язвенный колит, бронхиальная астма, нейродермит, гипертензия и тиреотоксикоз.

Александер сформулировал следующие принципы, которые легли в основу его концепции специфичности:

1. Психические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу и включают определенное эмоциональное отношение пациента к окружению или к собственной личности. Реальное понимание этих причинных факторов может быть получено в процессе психоаналитического исследования и терапии;

2. Сознательные психические процессы пациента играют подчиненную роль в причинах соматических симптомов. Подавление эмоций и потребностей вызывает хроническую дисфункцию внутренних органов;

3. Актуальные жизненные ситуации пациента обычно оказывают только потенцирующее воздействие на проявление психосоматических расстройств, а понимание причинных факторов должно основываться на знании о развитии личности пациента и его эмоциональных реакциях на психотравмирующие ситуации.

Александер предложил и описал динамику развития психосоматических расстройств, в которой переход от истерической конверсии к сома-

тическому заболеванию представлен в виде непрерывного континуума, стадии которого зависят от уровня психического механизма вытеснения. В частности, им были выделены три стадии:

1. *Истерические конверсии*. Конфликт вытесняется в бессознательное достаточно поверхностно, поэтому эмоциональное напряжение имеет возможность частично и (или) символически разряжаться. При этом истерический симптом был определен Александером как «уникальное творение пациента, изобретенное им для выражения индивидуального психологического содержания»;

2. *Вегетативные неврозы*. Личностный конфликт вытесняется существенно глубже, следовательно, разрядка напряжения затруднена, а напряжение проявляется в симптоматике вегетативных нарушений. Эти нарушения периодически вызывают субъективно ощущаемое чувство страдания того или иного внутреннего органа, однако на этой стадии объективными методами клинических исследований не выявляется никакой медицинской патологии;

3. *Психосоматозы*. Конфликт вытеснен еще глубже. Эмоциональный накал не находит разрядки, внутреннее напряжение существенно нарушает деятельность вегетативной нервной системы, болезненные проявления становятся постоянными, формируется соматическое заболевание. Но специфический конфликт предрасполагает человека к определенному заболеванию только тогда, когда к этому имеются генетическая, биохимическая или физиологическая предрасположенности.

В психоанализе практически общепризнано, что развитию психосоматических заболеваний предшествует переживание утраты значимого объекта — смерть близкого человека или разлука с ним, разрушение любовной привязанности, а также такие жизненные ситуации как утрата социального или материального статуса, тяжелое разочарование или оскорбление, увольнение с работы, вынужденная смена сферы деятельности, переезд на новое место жительства и т.д. При этом утрата не обязательно должна быть реальным событием; речь может идти, например, о ее угрозе или фантазии о ней. Однако во всех этих случаях присутствуют негативная эмоциональная реакция и экзистенциальный страх своей незащищенности перед сложившимися обстоятельствами, срабатывающие как пусковой механизм болезни. В целом, не так уж существенно, перенес ли человек утрату, тяжелое разочарование или оскорбление, — важно то, что он утратил нечто, создававшее ранее полноту и гармонию его бытия. Даже если речь идет лишь о фантазийном событии, а угроза, которую он ощущает, исходит из «плохой» части собственного Я («злокачественного интроекта»), под давлением Сверх-Я этим интроектом становится заболевший орган. Экзистенциальная угроза существования трансформируется в телесное «повреждение», позволяя тем самым сохранить собственное психическое Я (говоря обыденным языком, «не утратить свое лицо»): «Это не я спасовал перед этими событиями, просто болезнь подкосила».

Внимание к психосоматическим расстройствам существенно увеличилось во второй половине XX в. В 1973 г. на основании наблюдения психологических особенностей пациентов психосоматической клиники Питер

Сифнеос ввел понятие «алекситимия», которым описывались пациенты, демонстрировавшие затруднения в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и эмоций других людей, в различении эмоций и телесных ощущений, а также снижение способности к символизации переживаний и обеднение фантазийной сферы. В буквальном переводе с греческого термин «алекситимия» обозначает: «без слов для чувств» или — «нет слов для названия чувств». В настоящее время алекситимия рассматривается как один из существенных аспектов психосоматической структуры личности и предрасположенности к соответствующей патологии.

Появление концепции психосоматической патологии в существенной степени дезавуировало почти утвердившееся в медицинском научном мире представление о полной зависимости психических феноменов от их «материальных носителей» — физиологических и биохимических процессов в человеческом организме. Идеи о возможности противоположного процесса (влияния психики на тело) были в полном смысле революционными и долго не принимались официальной наукой, существуя преимущественно на уровне обыденного восприятия: там, где врачи терялись в вопросах этиологии заболевания, сам больной или его близкие легко диагностировали наступление болезни «от горя» или «из-за несчастной любви».

В современной классификации психосоматических расстройств в целом, повторяя представления Александра, выделяются три группы: конверсионные симптомы; функциональные синдромы; психосоматические болезни (психосоматозы). К психосоматозам в настоящее время обычно относят бронхиальную астму, язвенный колит, язву желудка и двенадцатиперстной кишки, эссенциальную гипертонию, нейродермит, ревматоидный артрит и гипертиреоз (так называемая «чикагская семерка»). Другие авторы добавляют к этому перечню ишемическую болезнь сердца и инфаркт, онкологические заболевания, сахарный диабет, псориаз, ожирение, нарушения пищевого поведения — булимию и анорексию, а также некоторые формы сексуальных расстройств.

В настоящее время психосоматические расстройства включены в Международную классификацию болезней (МКБ-10) как «органические, включая симптоматические, психические расстройства», «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», а также как «поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами». Их диагностические критерии и категории продолжают пересматриваться и уточняться.

По заключению Всемирной организации здравоохранения, до 40% пациентов, которые обращаются к врачам общей практики, не нуждаются ни в какой медицинской помощи, кроме психотерапевтической. Эта проблема актуальна для всех стран, так как во всем мире наблюдается устойчивая тенденция к росту психосоматической патологии.

Терапия психосоматических расстройств должна быть комплексной и обязательно включать психотерапию, основная задача которой состоит в установлении вытесненных желаний, влечений и травм, а также в выявлении скрытых связей между психическими и соматическими симптомами, на основе чего затем осуществляется психокоррекционная работа.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение психосоматического расстройства.
2. Назовите основные отличия конверсионной и психосоматической патологии.
3. Охарактеризуйте понятие «алекситимия».

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Любан-Плоцца, Б.* Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. — СПб. : НИПИ им. В. М. Бехтерева, 1996. — С. 11—38.
2. *Александр, Ф.* Психосоматическая медицина. — М. : Институт общегуманитарных исследований, 2009. — С. 47—91.
3. *Куттер, П.* Современный психоанализ : пер. с нем. — СПб. : БСК, 1997. — С. 150—172.

Дополнительная

- Рождественский, Д. С.* Человек соматический. — СПб. : БСК, 2009. — С. 8—44.

Глава 12

ПЕРЕНОС

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теории переноса;
- классические и современные концепции переноса;

уметь

- характеризовать специфику феномена переноса;
- приводить примеры бессознательного переноса;

владеть навыками

- дифференциации позитивного и негативного переноса;
- интерпретации переноса;

быть компетентным

- в профессиональном понимании различных вариантов переноса.
-

В традиционном понимании *«перенос»* определяется как особый психический феномен (процесс), при котором пациент направляет (проецирует) на аналитика чувства, представления, фантазии, желания и т.д., которые он испытывал по отношению к значимым фигурам из прошлого. Как правило, речь идет о раннем (детском) опыте, а проекции пациента связаны с интроецированными прежде образами, при этом аналитик наделяется различными характеристиками некоего значимого объекта из прошлого. В более широком смысле под переносом понимается отношение субъекта к объекту, детерминированное его личностным опытом.

12.1. История понятия

Фрейд впервые использовал термин «перенос» в 1895 г., сообщая о некоторых трудностях, возникавших у пациентов при попытках вербальных ассоциаций. Основная цель психоанализа в тот период состояла в том, чтобы с помощью свободных ассоциаций помочь пациенту раскрыть связь между его актуальными симптомами и ощущениями на момент терапии, с одной стороны, и переживаниями из предшествовавшей жизни — с другой. В работе «О психотерапии истерии» Фрейд, в частности, отметил, что в процессе терапии в отношении пациента к врачу происходит некое специфическое изменение, нередко сопровождающееся сильной эмоциональной реакцией, которая мешает процессу свободного выговаривания и этим соз-

дает препятствия для достижения терапевтического успеха. Фрейд также описал чувство страха, возникающее у пациентов и связанное с тем, что они проецируют на терапевта некоторые мысли, вызывающие у них беспокойство, и заметил, что это наблюдается достаточно часто и регулярно у многих пациентов. Подобные реакции Фрейд назвал переносом, т.е. особым отношением, возникающим вследствие формирования «ложной связи» между каким-то другим важным для пациента лицом (например, объектом ранее переживавшихся сексуальных желаний) и психотерапевтом. Чувства, связанные с вытесненными из сознания запретными желаниями, как бы всплывают вновь на поверхность и переживаются в настоящем, но теперь направляются на терапевта. Именно таким образом Фрейд объяснял тенденцию некоторых пациентов испытывать особое чувство привязанности к своему лечащему врачу.

Позднее Фрейд определил перенос как переиздание или «факсимиле» импульсов и фантазий, вызываемых у пациента процессом анализа. Особенность этого «переиздания» состоит в том, что знакомое когда-то пациенту (и чаще высокозначимое для него) лицо замещается личностью аналитика. Одновременно оживает целая серия переживаний прошлого, которые пациентом воспринимаются как актуальные переживания, связанные с личностью аналитика. Некоторые из подобных переносов несут в себе содержание, ничем не отличающееся от их исходной модели, за исключением того, что они являются на самом деле лишь заменой или воспроизводством реальных переживаний из прошлого. Пациент, таким образом, не приобретает в процессе работы с аналитиком нового отношения, а лишь восстанавливает старые впечатления и переживания, что, как считал вначале Фрейд, препятствует эффективности терапии.

Изменение взглядов Фрейда на перенос произошло в начале XX в. Суть этого изменения состояла в том, что перенос перестал рассматриваться как препятствие для психоаналитической работы. Более того, Фрейд пришел к выводу, что во многих случаях именно перенос играет решающую роль в том, чтобы вера в успех терапии сохранялась — и не только у пациента, но и у аналитика. Таким образом, перенос стал рассматриваться не только как источник сопротивления, но и как особый терапевтический фактор. В ряде последующих работ Фрейд обосновывает различие между анализом переноса как одного из факторов, определяющих терапевтическую тактику, и так называемым «переносом-лечением», при котором пациент соглашается расстаться с болезненным симптомом из любви к терапевту или в связи с чувством зависимости от него. В этот же период им выделяются понятия позитивного и негативного переноса, причем *позитивные переносы* были подразделены на те, что способствуют успеху аналитической терапии, и те, что ей препятствуют. В то же время, *негативный перенос* рассматривался Фрейдом как перенаправление на терапевта враждебных чувств (крайней формой проявления которых считалась паранойя), ранее испытывавшихся пациентом по отношению к другому объекту. Кроме того, клинические наблюдения показали, что в некоторых случаях обе формы переноса проявляются синхронно. Этот феномен получил дополнительную интерпретацию: одновременное наличие двух вариантов переноса проти-

воположного знака позволяет пациенту использовать один из них для защиты от другого, вызывающего беспокойство. Например, он может использовать направляемую на аналитика враждебность, чтобы защититься от эротических чувств к нему.

В 1912 г. Фрейд выдвинул предположение, согласно которому особенности переноса каждого пациента отражают специфику переживаемого им невроза. Мысль об индивидуальном характере переноса получила дальнейшее развитие с введением понятия «*невроз переноса*» или «*трансферный невроз*». Данным термином Фрейд подчеркивал, что переживания, способствовавшие возникновению невроза, оказывают решающее влияние на формирование отношения пациента к терапевту. Понятие это было расширено Фрейдом в работе «По ту сторону принципа удовольствия», где отмечалось, что в процессе терапии пациент закономерно повторяет негативные переживания прошлого как нечто происходящее с ним в данный момент, а не как нечто происходившее когда-то. Это воспроизведение прошлого опыта практически всегда имеет в своей основе пережитые в детстве психические или сексуальные травмы, которые неизбежно воспроизводятся (проигрываются или отыгрываются) в отношении пациента к терапевту. Когда в терапии проявляется такая ситуация, это означает, что старый невроз подвергся замене новым — «трансферным неврозом». Повторение прошлого в настоящем, имеющее место в подобных случаях (и не только в терапии), Фрейд рассматривал как следствие «навязчивого повторения». В соответствии с новыми представлениями в качестве одной из целей терапевтического процесса им ставится формирование у пациента невроза переноса и его последующее разрешение с помощью интерпретаций.

Классическое понимание переноса формировалось в тот период, когда многие феномены психической деятельности связывались с проявлениями активности инстинктов и влечений. В рамках этих представлений перенос рассматривался как перенаправление энергии либидо из памяти о первоначальном объекте на личность аналитика как нового объекта желаний и влечений. Однако впоследствии внимание, уделявшееся анализу переноса, стало причиной того, что многие исследователи стали расширять и дополнять понимание данного феномена. В частности, Анна Фрейд предложила дифференцировать переносные реакции и ввела понятие «перенос защиты». В эту категорию включались паттерны поведения (в том числе проявляющиеся в терапии), с помощью которых пациент стремился в ранний период развития защитить себя от болезненных последствий собственных агрессивных или сексуальных побуждений. Данная формулировка расширяла классическое определение, в частности, враждебность пациента к терапевту рассматривалась не только как повторение определенного опыта, но как использование ненависти против неприемлемых позитивных (например, эротических) чувств. В дальнейшем была выделена такая особая форма активности, как «*отреагирование в переносе*», когда перенос, который формировался и усиливался в терапии, получает разрядку в повседневной жизни пациента. Чувства и побуждения, адресованные поначалу терапевту, при этом направляются на лиц, входящих в ближайшее

окружение пациента. Еще одна форма переноса, описанная Анной Фрейд, получила наименование «экстернализация» — проекция психических инстанций в рамках структурной модели психики (например, проекция на терапевта некоторых импульсов собственного Ид может создавать у пациента ощущение, что аналитик пытается его соблазнить).

В середине XX столетия в психоанализе наметилась тенденция к значительному расширению понятия переноса. Ряд исследователей обосновывал тезис, согласно которому все поведение человека в значительной степени является повторением опыта первых лет жизни; многие возвращались к ранней позиции Фрейда, утверждая, что интерпретации переноса являются единственно эффективным средством в аналитической терапии. Соединение этих двух точек зрения привело к тому, что некоторые аналитики стали рассматривать буквально все данные, получаемые в работе с пациентом, как перенос пережитого в раннем детстве и воздерживаться от любых комментариев, не связанных с проявлениями переноса. Вероятно, ни один другой феномен психоанализа не вызывал столько дискуссий, частично воспроизводивших или модифицировавших старые гипотезы или предлагавших новые. Некоторые авторы делали выводы о том, что пациенты перемещают на аналитика не только чувства и мысли, но и все, что они когда-либо знали или забыли в ходе развития. Тем не менее большинство психоаналитиков придерживается взгляда на перенос как на общепсихологическое явление и описывает его как переживание в настоящее время по отношению к новому лицу чувств, влечений, фантазий, а также стремлений к защите, сформированных в свое время по отношению к значимым фигурам из прошлого. При этом подчеркивается, что для того чтобы реакция могла считаться переносной, она должна быть повторением прошлого и не иметь отношения к настоящему.

12.2. Современные представления

Чрезмерное расширение понятия переноса делало его все менее ясным, поэтому постепенно наметился возврат к более четким определениям, ограниченным рамками психоаналитической ситуации. С этой точки зрения под переносом понимается стремление пациента оживить и вновь пережить в процессе терапии события, чувства и фантазии его детства в контексте отношений с аналитиком. Перенос, таким образом, есть явление регрессивное, развивающееся как следствие психоаналитической ситуации и терапевтической техники. Считается, что перенос вне аналитической ситуации не может описываться в тех же терминах, в которых он описывается применительно к процессу терапии. Во многих работах специалистов приводятся самые различные, хотя и до известной степени схожие определения переноса. Значение этого термина во многом зависит от контекста, в котором он используется. В настоящее время общепризнано применение его в следующих случаях:

1. Для обозначения проявляющихся в терапии (в новой форме) пережитых в прошлом чувств, импульсов, фантазий и реакций, направленных на аналитика;

2. Для обозначения всех «не соответствующих нынешней реальности» мыслей, реакций, чувств, фантазий, так или иначе представляющих собой оживление прошлого;

3. Для обозначения отношения пациента к аналитику во всех его аспектах. Данная позиция предполагает, что все аспекты терапевтических отношений детерминированы прошлым пациента, а все его ассоциации и паттерны поведения непосредственно связаны с фигурой аналитика.

Конечно, перенос относится к общепсихологическим феноменам, и было бы неверно ограничивать это понятие только рамками терапевтической ситуации, но вряд ли имеет смысл и расширять применение этого термина безгранично, поскольку это искажает его терапевтическую сущность.

Существует несколько основных классификаций реакций переноса. Перенос может классифицироваться *по объекту* (отцовский перенос, материнский, сиблинговый и т.д.), *по стадии развития* (эдипов или доэдипов, анальный, оральный) — в зависимости от специфики ее прохождения, в частности, удовлетворения потребностей ребенка, сопровождавших эту стадию чувств и психических травм. Выделяют *перенос объектный* и *нарциссический* в зависимости от того, воспринимает ли пациент аналитика как внешний объект, наделенный для него определенной значимостью и либидинозно нагруженный, или рассматривает его лишь как некую жизненно важную функцию. Перенос может быть дифференцирован на *целостные формы*, при которых аналитик становится экраном для проекций целостных родительских или иных образов, и *частичные (парциальные) формы*, при которых проецируются лишь отдельные компоненты или аспекты этих образов. Кроме того, как уже отмечалось, перенос может быть дифференцирован на позитивный и негативный — в зависимости от того, выступает аналитик для пациента в роли объекта любви или ненависти.

12.3. Основные принципы работы с переносом

Ведущим принципом психоаналитической терапии является создание условий для проявления и развития переноса, его последующая интерпретация и проработка. Развитие переноса обеспечивается с помощью базовых принципов аналитической работы: *нейтральности* (невмешательства в конфликт пациента), *абстиненции* (отказа от удовлетворения возникающих в переносе желаний), *отзеркаливания* (ограничения активности терапевта демонстрацией пациенту стереотипов его реагирования).

Интерпретация традиционно считается главным средством, позволяющим в итоге достичь разрешения переноса, что является классической целью психоаналитического процесса. Под *интерпретацией* обыкновенно понимается процесс разъяснения или толкования смысла, в том числе скрытого от сознания самого пациента. Психоаналитическая интерпретация — это сообщение, осуществляемое аналитиком, в котором он придает симптому или ассоциации значение, расширяющее их понимание пациентом. Интерпретации переноса касаются поведения и высказываний пациента в отношении аналитика, интерпретации содержания переноса

относятся к насыщающим его чувствам и фантазиям, которые разъясняются независимо от защитных механизмов, которые сохраняли их в сфере Бессознательного. Интерпретации могут базироваться на знании психоаналитической символики, а могут и осуществляться с учетом ассоциаций пациента. «Правильными» считаются интерпретации, которые адекватно разъясняют излагаемый пациентом материал и сообщаются ему на том этапе, когда эти разъяснения становятся актуальными и обретают для него смысл. Естественно, что возможны *неверные*, а также *преждевременные интерпретации*. К преждевременным относятся также и те «правильные» интерпретации, которые сообщаются пациенту до того, как он способен их принять. Главной целью интерпретации является расширение самосознания пациента за счет прояснения чувств и психических процессов, которые ранее носили неосознаваемый характер.

Существует точка зрения, согласно которой любое высказывание аналитика является интерпретацией, поскольку оно всегда так или иначе направлено на расширение самосознания пациента. Сторонники более узкого понимания этого термина отмечают, что определенные высказывания не могут быть отнесены к категории интерпретаций: например, имеющие сугубо поддерживающий характер. Некоторые вмешательства правильнее называть *конфронтациями*, т.е. замечаниями, которые привлекают внимание пациента к чему-то без объяснений со стороны аналитика. Аналогичную роль играют и фразы присоединения (например, к мнению или чувству), демонстрирующие пациенту, что аналитик по-прежнему с ним.

Современный психоанализ, в отличие от классического, не придает интерпретации переноса значения безоговорочно главного терапевтического инструмента. Не менее важными, чем сугубо интерпретативная техника, считается, например, *техника холдинга* (поддержки) и *контейнирования* (принятия переживаний и чувств пациента). Эти техники чаще применяются при работе с пациентами, страдающими тяжелыми личностными расстройствами. Такие пациенты обычно невосприимчивы к интерпретациям или воспринимают их с глубокими искажениями смысла, поскольку не обладают достаточными способностями к интроспекции и к интернализации материала, предлагаемого терапевтом. Можно сказать, что они не столько используют аналитика как союзника в исследовании, сколько стремятся втянуть его в клубок внутренних конфликтов и проблем. В подобной ситуации помощь в поддержании и развитии стабильных отношений с аналитиком становится фактором более значимым, чем интерпретации переноса.

Проработка представляет собой процедуру, направленную в первую очередь на сопротивления, препятствующие прогрессу и достижению значимых изменений в состоянии пациента. Фрейд описывал эти сопротивления как связанные прежде всего с тенденцией влечений «цепляться» за существующие (патологические) модели разрядки психического напряжения. По сути, проработка является самостоятельной частью аналитической работы с переносом и вскрытием содержания невротического конфликта. Даже если в процессе терапии происходит интеллектуальный *инсайт* пациента, сам по себе без проработки он обыкновенно недостаточен для терапевтического успеха.

Некоторые авторы рассматривают проработку как разновидность интерпретации. Они указывают, что пациент всегда проявляет нежелание осознавать бессознательный материал, поэтому работа по его интерпретированию должна повторяться вновь и вновь, даже если после очередной проработки аналитический процесс идет лучше и легче, чем прежде. По образному определению Отто Фенихеля, проработкой называется процесс, в котором психоаналитик многократно показывает пациенту одно и то же в связи с различными обстоятельствами или в разных ситуациях, т.е. проработка подразумевает прослеживание следов бессознательного конфликта во множестве областей жизни пациента.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение термина «перенос».
2. Охарактеризуйте основные различия между первичным и современным пониманием переноса.
3. Перечислите виды переноса.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Лекции по введению в психоанализ : пер. с нем. — М. : Академический проект, 2009. — С. 88—103.
2. *Фрейд, З.* Исследования истерии // Фрейд З. Собрание сочинений в 26 т. : пер. с нем. — Т. 1. Исследования истерии. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2005. — С. 284—290.
3. *Фрейд, З.* О психоанализе : пер. с нем. — М. : Харвест, 2009. — С. 267—274.

Дополнительная

- Гринсон, Р.* Техника и практика психоанализа : пер. с англ. — М. : Когито-центр, 2010. — С. 178—222; 261—316.

Глава 13

КОНТРПЕРЕНОС

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теории контрпереноса;
- историю открытия феномена и трансформации представлений о нем;

уметь

- охарактеризовать основные проявления контрпереноса;
- выявлять контрпереносные феномены в бытовых межличностных отношениях;

владеть навыками

- изложения основных концепций контрпереноса;
- теоретического анализа контрпереноса;

быть компетентным

- в профессиональном анализе описания случаев по проблеме контрпереноса.
-

В наиболее общем виде термином «контрперенос» определяется совокупность бессознательных реакций аналитика на личность пациента и на его перенос. Подобный объективный контрперенос следует отличать от так называемого субъективного контрпереноса (то есть собственного переноса аналитика), когда терапевт реагирует на своего пациента так же, как на значимую личность из предшествующей истории своей жизни. С этой точки зрения контрперенос может стать фактором, препятствующим успешной терапии, и должен активно выявляться и контролироваться терапевтом.

13.1. История вопроса

Разрабатывая методику и технику психоанализа, З. Фрейд обращал внимание не только на чувства пациентов, но и на то, каким образом психотерапевтическое взаимодействие переживается самим психоаналитиком. Впервые термин «контрперенос» был употреблен З. Фрейдом в 1910 г. при обсуждении будущих перспектив психоанализа, когда было отмечено, что в результате влияния пациента на бессознательное психоаналитика возникает явление «встречного переноса», который необходимо распознать и преодолеть. Разъясняя эту идею, Фрейд писал, что ни один психоаналитик не может продвинуться в своей терапевтической работе дальше, чем ему позволяют его собственные комплексы и внутренние сопротивления. Именно поэтому профессиональная подготовка психоаналитика обяза-

тельно включает прохождение собственного анализа и супервизий. Именно поэтому для распознавания особенностей собственных комплексов и влечений вводятся требования личного анализа будущего специалиста и супервизорский контроль начала его практики.

Точно так же как в переносе Фрейд исходно усматривал препятствие потоку свободных ассоциаций пациента, в контрпереносе он видел преграду к адекватному пониманию пациента психоаналитиком. В этом контексте сознание аналитика рассматривается как «инструмент», эффективному функционированию которого препятствует контрперенос. Необходимость введения в подготовку будущих терапевтов личного анализа, который характеризовался как «психоаналитическое очищение», обосновывалась как способ избежать опасностей и ошибок, которым психоаналитический метод может подвергнуться из-за неправильного использования. При этом в качестве наиболее серьезных ошибок отмечались случаи нарушения психотерапевтических границ терапевтами.

Первоначально была выдвинута идея постоянного самоанализа для терапевта, но вскоре Фрейд пришел к выводу, что это весьма сложно и даже неэффективно из-за собственного сопротивления самопониманию. Так появилось требование по прохождению каждым будущим терапевтом «тренировочного анализа». Основная задача профессионального тренинга состояла в выявлении и проработке собственных влечений, бессознательных конфликтов и комплексов, чтобы они затем не привносились в терапию и не отыгрывались на пациентах. Позднее (в 1937 г.) было предложено, чтобы личный анализ повторялся всеми терапевтами как минимум один раз в пять лет. Это предложение носило рекомендательный характер и таковым и осталось. Однако повторные анализы не являются чем-то необычным среди аналитиков, и многие специалисты в процессе своей профессиональной карьеры имеют по 3—5 опытов такой личной терапии с различными аналитиками, особенно если они ощущают те или иные трудности в своей работе или в результатах своей работы. Психоаналитики — такие же люди, как и все остальные, и хотя они профессионально подготовлены к работе с различными формами психопатологии, психическое истощение и психическое заражение состояниями и эмоциями, с которыми они постоянно контактируют, здесь также возможно.

13.2. Современные представления

Реабилитация контрпереноса

В то время как перенос за короткое время превратился из основного препятствия в самый мощный фактор успешной терапии, контрперенос оценивался негативно на протяжении почти сорока лет. Он противоречил научному идеалу, которому был предан Фрейд и который был для него важен по причине личного убеждения, что терапевт должен быть нейтрален. Предъявляемое к терапевтам требование необходимости преодолеть свои невротические конфликты и особенно их проявление по отношению

к пациенту в контрпереносе спровоцировало на какой-то период откровенно фобическое отношение аналитиков к своим чувствам. К этому времени перенос уже давно утвердился в качестве позитивного фактора терапии, а контрперенос некоторыми авторами еще долго рассматривался как простое отсутствие профессионализма. Только гораздо позднее пути этих двух терминов сошлись, когда утвердилось понимание того, что «мы имеем дело с системой отношений, в которой каждый фактор является функцией другого»¹.

Существенный шаг вперед был сделан, когда стало очевидным, насколько важную роль играет контрперенос и какую помощь он может оказать аналитику в понимании пациента. На передний план выдвинулась идея о том, что у психоаналитика благодаря его знаниям и опыту исходно присутствуют некоторые элементы понимания и осмысления процессов, протекающих в психике пациента, но эти элементы осознаются не сразу. Однако они могут быть обнаружены, если психоаналитик, выслушивая пациента, параллельно «обозревает» свои собственные ментальные ассоциации. Эта идея отчасти уже содержалась в работах Фрейда (1912), посвященных ценности нейтрального или «свободно парящего» внимания аналитика, но первое обоснование позитивного значения переноса было сделано только в 1950 г. Паулой Хайманн, и затем эти положения были развиты в работах других специалистов. В частности, было предложено рассматривать контрперенос как явление, включающее «все чувства, которые испытывает аналитик по отношению к своему пациенту». При этом аналитик должен сдерживать свои чувства, в то время как пациент, общаясь с аналитиком, наоборот, — «разряжается». Но, сдерживая свои чувства, психоаналитик должен одновременно использовать наблюдение своих эмоциональных реакций как *ключ к бессознательному* пациента. Приведем цитату из работы П. Хайманн: «Мой тезис заключается в том, что эмоциональная реакция аналитика на пациента в аналитической ситуации является одним из наиболее важных инструментов в его работе. Контрперенос аналитика — это инструмент исследования бессознательного пациента... Бессознательное аналитика понимает бессознательное пациента. ...Контрперенос является не только составной частью аналитических взаимоотношений, но и *творением* самого пациента, частью его личности»².

Конкордантный и комплементарный контрперенос

В поздних работах Генриха Ракера понятие контрпереноса тесно связывалось с *проективной идентификацией* (бессознательным отождествлением себя с другой личностью), в данном случае — пациента с его аналитиком. То есть перенос рассматривался как реакция психоаналитика на проективные идентификации пациента. Ракер различал два типа таких контрпереносных реакций: *конкордантные (согласующиеся)* и *комплементарные (до-*

¹ Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ : пер. с англ. Т. 1. Теория. М. : Прогресс—Литера, 1996. С. 262.

² Хайманн П. О контрпереносе // Антология современного психоанализа / под ред. А. В. Рассохина. Т. 1. М. : Изд-во Института психологии РАН, 2000. С. 143.

полнительные). Конкордантная идентификация основана на интроекции и проекции, в этом случае аналитик идентифицируется с пациентом. При идентификации с Оно пациента аналитик идентифицируется с влечениями и желаниями пациента, при идентификации с Я — с психологическими защитами пациента, при идентификации со Сверх-Я — с его ценностями и идеалами.

Генрих Ракер (1910—1961) — аргентинский психоаналитик австрийского происхождения, внесший значительный вклад в изучение аналитической техники, переноса и контрпереноса. В своих работах ушел от представления об отчужденном, обезличенном аналитике, заменив его на отвечающего партнера в терапии. Основная работа: «Перенос и контрперенос» (1968).



Комплементарные идентификации возникают тогда, когда пациент относится к аналитику как к своему внутреннему (проецируемому) объекту, а аналитик чувствует, что к нему так относятся. Другими словами, психоаналитик идентифицирует себя с этим объектом (неким значимым объектом из прошлого пациента). Но одновременно аналитик осознает, что эти чувства относятся не к нему — пациент повторно испытывает и проявляет в анализе чувства, которые он некогда испытывал к родительской или иной значимой фигуре. Ракер особо подчеркивал, что все контрпереносные реакции, как и реакции переноса, имеют свои специфические характеристики (свое содержание, свои причины и собственные механизмы), наблюдение (самонаблюдение) которых позволяет сделать дополнительные выводы об особом характере психических событий пациента.

Объективный и субъективный контрперенос

Дональд Винникотт в 1947 г. предложил обозначить чувства терапевта, основанные на его текущей идентификации с пациентом, как «*объективный*» контрперенос, а реакции контрпереноса, связанные с ранними идентификациями и коллизиями в истории самого аналитика, как «*субъективный*». Таким образом, объективный контрперенос отражает эмпатический регресс аналитика и провоцируется чувствами переноса пациента. Независимо от его характера и интенсивности объективный перенос ограничивается рамками терапевтического взаимодействия между аналитиком и пациентом.

Дональд Вудс Винникотт (1896—1971) — британский педиатр и детский психоаналитик, один из основоположников теории объектных отношений. Изучал детское развитие, ввел понятия «переходный объект», «достаточно хорошая мать», «истинная и ложная самость». Основные работы: «Ребенок и семья» (1957); «Ребенок и внешний мир» (1957); «Игра и реальность» (1971).



Субъективные контрпереносные чувства терапевта также в значительной степени индуцируются чувствами переноса пациента, и вначале эти субъективные контрпереносные чувства практически не отличаются от объективных. Однако эмпатический регресс аналитика с пациентом в таких ситуациях может быстро смениться регрессом под влиянием актуализировавшихся ранних идентификаций и конфликтов терапевта.

Поскольку объективный контрперенос обычно ограничивается временем аналитического сеанса, когда пациент уходит, его действие прекращается, и аналитик открыт для новых впечатлений от следующего пациента. Характерной особенностью субъективного контрпереноса является большая протяженность и «выход» за пределы терапевтической сессии. Чувства гнева, тревоги или сексуальное волнение, которое возникает в процессе сессии и не спадает в течение нескольких часов и даже дней, относятся к наиболее частым признакам субъективного контрпереноса. Другим вариантом субъективного контрпереноса является ситуация, когда аналитик начинает реагировать на всех своих пациентов идентичным настроением, например раздражением, беспокойством или депрессией. В отдельных случаях аналогичные чувства проецируются (отыгрываются) вовне, далеко за пределами терапевтических сессий, в том числе в межличностных отношениях терапевта с коллегами, членами семьи и т.д. В большинстве случаев субъективный контрперенос приводит к застою в аналитической работе, вызванному сопротивлением терапевта осознанию своего контрпереноса.

Позднее было выделено несколько дополнительных аспектов психоаналитического взаимодействия, которые способствуют появлению контрпереноса и проявлению ошибок контрпереноса. В частности, была описана склонность терапевта к *постоянной* идентификации с пациентом, в основе которой могут лежать разделяемые обоими участниками терапевтического процесса (пациентом и аналитиком) бессознательные фантазии, т.е. когда бессознательные фантазии и желания пациента соответствуют бессознательным фантазиям и желаниям аналитика.

Здесь уместно провести разграничение между эмпатией и контрпереносом. И при эмпатии, и при контрпереносе неизбежно присутствует идентификация с пациентом. Но при *эмпатии* как способности к сопереживанию терапевт, хотя и ставит себя на место пациента в конкретной ситуации, сохраняет свою идентичность (как самостоятельной личности). Эмпатия является кратковременным и преходящим состоянием, при котором сопереживающий терапевт сохраняет свою объективность и пытается таким образом найти ключ к пониманию конфликта пациента.

В случае ошибки контрпереноса аналитик остается *постоянно* фиксированным на идентификации с пациентом. Он утрачивает объективность оценок и оказывается вовлеченным в сети конфликтов, идентичных конфликтам пациента. В результате адекватное отношение к терапевтическому процессу существенно страдает и может даже утрачиваться, так как конфликты терапевта актуализируются и может появиться тенденция отыгрывать их (в том числе на пациенте) или реагировать защитным образом. Именно поэтому в подготовке психоаналитика такое существенное внимание уделяется личному анализу, который способствует осознанию собст-

венных конфликтов будущего терапевта, чтобы избежать их привнесения в терапию.

Побочные эффекты *постоянной контртрансферной идентификации* различны, но они всегда сказываются на успешности терапии. В качестве классического примера можно привести понятие «слепое пятно», когда аналитик стабильно демонстрирует неспособность «увидеть», о чем на самом деле идет речь в материале пациента. Иногда этот феномен проявляется и на поведенческом уровне. Например, аналитик, который работает с пациентами одновременно и индивидуально, и в группе, входит в кабинет групповой терапии, где его ожидают восемь пациентов, и спрашивает, где пациент N, не замечая, что тот сидит прямо напротив него. Пациент как бы «вытесняется», так как он напоминает аналитику о его собственных бессознательных конфликтах, недостаточно проработанных в процессе профессиональной подготовки. В результате страдает весь терапевтический процесс, аналитик оказывается неспособным к адекватным интерпретациям или избегает их, оправдывая свое поведение (перед самим собой или перед своим супервизором) различными рационализациями. В дополнение к этому у терапевта может проявиться тенденция отвлекать или «отклонять» внимание пациента от его бессознательного конфликта или осуществлять терапевтические интервенции, которые наоборот будут привлекать внимание пациента к менее значимым элементам материала сессий, а также занимать моралистическую позицию и осуждать в пациенте то, что свойственно ему самому и относится к его личным (непроработанным) конфликтам.

Вторая форма контрпереносных нарушений вытекает из природы и содержания материала, который представляет пациент на сессиях. Этот материал и его отдельные компоненты могут провоцировать различные фантазийные идеи и желания аналитика, которые вовсе не обязательно будут идентичными бессознательным желаниям пациента. Они могут быть, например, комплиментарными, когда при демонстрации пациентом желания получать заботу у аналитика появляется потребность проявлять чрезмерную заботу о пациенте.

Три измерения контрпереноса

В современном психоанализе взаимосвязи между контрпереносом и личностью психоаналитика рассматриваются в трех измерениях (по О. Кернбергу).

1. *«Пространственное измерение»*, или *«поле»*. Это поле можно изобразить в виде несколько концентрических кругов: при этом внутренние круги представляют концепцию переноса в узком смысле, а внешние — в широком понимании.

Контрперенос в узком смысле слова есть бессознательная реакция аналитика на пациента, хотя можно понимать контрперенос еще уже: как бессознательную реакцию на перенос пациента. Эта концепция соответствует первоначальному смыслу термина «контрперенос» и дает верные представления о «слепых пятнах» в понимании материала, связанных с неразрешенными невротическими конфликтами аналитика. Второй, более широ-

кий круг вбирает в себя все сознательные и бессознательные реакции аналитика на пациента. Еще более широкий круг включает в себя типичные реакции конкретного аналитика на разные типы пациентов.

2. «*Временное измерение*». С точки зрения времени можно выделить три типа реакций контрпереноса: а) острые или кратковременные реакции; б) длительные искажения контрпереноса, постепенно развивающиеся и оказывающие существенное влияние на внутренние установки аналитика по отношению к пациенту; в) еще более протяженный по времени «постоянный контрперенос», в основе которого может лежать патология характера аналитика.

3. Третье измерение связано с *тяжестью психического расстройства* пациента. Чем более нарушено нормальное функционирование психики пациента, чем глубже его регрессия, тем более выраженной будет контрпереносная реакция аналитика. В идеальном варианте личностные особенности аналитика не должны влиять на терапию. Повторим еще раз: именно поэтому такие серьезные требования предъявляются к достаточно протяженному личному анализу и супервизорской подготовке будущего терапевта. Но когда аналитик сталкивается с тяжелой патологией пациента, активизируются все уровни взаимосвязей контрпереноса с личностью аналитика, в том числе могут активизироваться даже проработанные ранее негативные черты его характера. Чем тяжелее психическое расстройство пациента, тем в большей мере он проявляет свою психическую реальность посредством невербального поведения, в том числе путем в чем-то примитивных, а в чем-то чрезвычайно искусных попыток контролировать не только терапевтический процесс, но и личность самого аналитика. В ряде случаев это приводит к угрозе терапевтическим границам психоаналитической ситуации.

В заключение главы следует сделать несколько обобщающих выводов:

1. В процессе терапии у аналитика неизбежно возникают реакции контрпереноса, и эти реакции существуют на протяжении всего периода работы с пациентом;

2. Контрперенос может приводить к осложнениям терапевтического процесса, особенно если психоаналитик не осознает какие-то аспекты своих контрпереносных реакций или не способен справиться с ними, даже если осознает их;

3. Постоянное внимательное изучение аналитиком всего разнообразия своих чувств и отношений является необходимым условием глубокого проникновения в процессы психической жизни пациентов и понимания их внутренних конфликтов.

В целом следует признать, что глубокое понимание феномена контрпереноса формируется только в процессе постоянной терапевтической работы.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Опишите, как контрперенос из помехи для терапии превратился в ее важнейший инструмент.

2. В чем отличие объективного и субъективного контрпереноса (по Винникотту)?
3. Сформулируйте три измерения контрпереноса (по Кернбергу).

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Сандлер, Дж.* Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса / Дж. Сандлер, К. Дэр, А. Холдер. М. : Когито-центр, 2007. — С. 75—98.
2. *Хайманн, П.* О контрпереносе // Эра контрпереноса: Антология психоаналитических исследований. — М. : Академический проект, 2005. — С. 239—247.
3. *Ракер, Х.* К проблеме контрпереноса // Эра контрпереноса: Антология психоаналитических исследований. — М. : Академический проект, 2005. — С. 262—291.

Дополнительная

- Кернберг, О.* Заметки о контрпереносе // Эра контрпереноса: Антология психоаналитических исследований. — М. : Академический проект, 2005. — С. 267—289.

Глава 14

ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теории объектных отношений;
- концепцию привязанности;

уметь

- исследовать и характеризовать типичные объектные отношения;
- выявлять хорошие и плохие объекты;

владеть навыками

- анализа объектных отношений;
- интерпретации базисного доверия и базисного дефекта;

быть компетентным

- в профессиональном анализе объектных отношений.
-

Теория объектных отношений (объект-теория) — система психоаналитических представлений о личности, основанная на постулате, согласно которому доминирующей потребностью субъекта является потребность в отношениях с объектом, при этом «объект» в психоанализе — это почти всегда человек. Теория объектных отношений представляет развитие личности как процесс переработки опыта взаимодействия субъекта с окружающим миром (внешними объектами). Именно опыт взаимодействия с объектами считается важнейшим фактором формирования идентичности субъекта и эволюции его внутриспсихических структур.

Объекты бывают внешними (если субъект осознает их как внешние по отношению к себе); внутренними (возникают путем интроекции внешних объектов и локализуются во внутренней психической реальности субъекта, в том числе могут иметь фантазийную природу); частичными (часть человека, например материнская грудь); переходными (которые субъект рассматривает как находящиеся между ним и другим человеком, но с которыми нет необходимости общаться, например соска или кукла) и т.д.

Объектные отношения — это определенный итог всего предшествующего развития и организации личности, результат взаимодействия с объектами и сформировавшаяся специфика их восприятия, а также особенность реализуемых субъектом способов защиты.

14.1. История теории объектных отношений

В работах Зигмунда Фрейда понятие объектных отношений встречается относительно редко. Однако эволюция взглядов Фрейда на проблему

объекта составляет значительную часть его научной деятельности. Еще в 90-е гг. XIX в. он пришел к выводу о роли психических травм (со стороны объекта) в формировании психопатологий. Это был первый шаг к созданию теории психической травмы, ставшей основой будущего психоанализа.

Некоторые из пациентов Фрейда сообщали о попытках или случаях совращения их со стороны взрослых в раннем детстве. При этом такие воспоминания обычно проявлялись не сразу, а в процессе относительно длительной терапии. В связи с этим Фрейд сформулировал предположение, что инфантильное Я ребенка в подобных ситуациях оказывалось не в состоянии адекватно справиться с психической травмой, нередко нанесенной как раз тем взрослым, от которого он в первую очередь мог ожидать любви и защиты, а травматические переживания подвергались вытеснению. Аффект, не имея возможности проявиться открыто, развивался в бессознательном и проявлял себя в «скрытой форме» — в невротической симптоматике, которую можно было предъявить окружающим, в том числе нанесшему психическую травму взрослому. Психоаналитическая терапия была призвана вернуть воспоминание о травме на уровень сознания, проявить и затем преодолеть подавленную боль и вытесненное содержание переживаний.

В начале XX в. теория психической травмы была преобразована в теорию влечений. Фрейд пришел к выводу, что наряду с травмами на развитие личности влияют инстинктивные потребности, стремящиеся к разрядке. Влечения получили в новой концепции статус первопричины всех личностных проявлений. Однако теория психической травмы не прекратила своего существования: она получила дальнейшее развитие в работах учеников и последователей Фрейда, которые подробно исследовали роль реальных психических травм в развитии ребенка, в частности, связанных с тяжелыми нарушениями внутрисемейных отношений, с родительской холодностью, неэмпатийностью, взаимным непониманием. Позднее это положение было дополнено, в частности, гипотезой о том, что основой развития психики и формирования объекта являются не желания и фантазии, а реальные взаимодействия. Было также обосновано, что не только межличностные, но и интрапсихические конфликты взрослых отражаются на объектных отношениях ребенка. Таким образом, теория психической травмы сыграла важнейшую роль в становлении теории объектных отношений.

Новые представления о функции внешнего объекта в развитии личности Фрейд сформулировал в работе «Три очерка по теории сексуальности». В этой новой концепции внешний объект рассматривался как средство, с помощью которого субъект достигает разрядки влечений. Влечение, таким образом, интерпретировалось как первичная динамическая сила, а выбор объекта — как вторичный поведенческий феномен. Но именно через восприятие внешнего объекта влечение становится предметным. Поэтому в современном психоанализе всегда говорится именно об «объектных отношениях», а не об отношении к объекту (главным в этом тезисе является принцип взаимодействия между субъектом и объектом).

Фрейд также отметил, что объект не обязательно является внешним по отношению к субъекту: объектом может быть, например часть собственного тела (при сосании пальца младенцем) или интроецированные (вну-

тренние) объекты (например, утраченный ребенок). Первые удовлетворения влечений ребенка связаны с принятием пищи, а его первым частичным объектом, как правило, является материнская грудь (мать как целостный объект появляется в сознании ребенка намного позднее). В процессе психосексуального развития ребенка на какой-то период времени его влечение приобретает характер аутоэротического, но затем оно вновь переносится на внешние объекты. Впоследствии влечения ребенка направляются в определенное русло — под влиянием воспитания и обстоятельств. Основываясь на феноменах влюбленности и гипноза, Фрейд сформулировал концепцию диадных отношений взрослых («массы из двоих»), проследив ее истоки до первоначальных отношений «мать — дитя». Он также описал идентификацию с родителями как наиболее раннюю форму эмоциональной связи. В последующем было многократно обосновано и подтверждено практикой, что именно внутри детско-материнской диады зарождаются все будущие человеческие отношения, имеющие объектные характеристики.

При построении структурной модели психики Фрейд уделил проблеме объектных отношений особое внимание, показав связи Эго и Супер-Эго с опытом предшествующих переживаний и объектных отношений. Были описаны результаты интернализации объектных отношений, т.е. процесса идентификаций с родителями в эдиповой фазе. Эти идентификации обрели статус важного фактора формирования интрапсихических структур. Была подчеркнута значимость Эго как преемника организующих и регулирующих функций первичного окружения, а Супер-Эго — как носителя морально-этических норм. Ранняя теория инстинктов была преобразована в теорию личности, но в ней сохранялся приоритет влечений (как источника мотиваций), а объект рассматривался с точки зрения субъекта — с позиций его желаний и фантазий.

14.2. Развитие теории объектных отношений

В современном психоанализе объектные отношения характеризуются не только как взаимосвязи между субъектом и объектами, но и как взаимозависимость. Не только субъект проецирует свои желания и фантазии на те или иные объекты, но и они оказывают влияние на его поведение и деятельность. Проецируемые и интроецируемые объекты могут обретать самые разнообразные характеристики и превращения, выступая в роли, например, преследователя или благодетеля субъекта. При этом первый будет восприниматься как *плохой объект*, ненавидимый, злонамеренный или внушающий страх, а второй — как *хороший объект*, удовлетворяющий желания и потребности субъекта. Он и становится хорошим или даже любимым исключительно за его способность удовлетворять потребности субъекта.

Говоря о связи теории влечений и теории объектных отношений, необходимо отметить, что *основными компонентами влечения (по Фрейду) являются источник, объект и цель*. Источник в классическом психоанализе соотносился с телесными функциями и потребностями субъекта, в том числе пищевыми, сексуальными и т.д., а целью являлось удовлетворение влечения.

Например, на оральной стадии развития основным вариантом взаимодействия субъекта с частичным объектом (материнской грудью) является поглощение (молока). Однако в последующем это влечение к поглощению трансформируется в психический механизм инкорпорации (который аналогичен поглощению). Это позволяет сделать вывод, что влечение является чрезвычайно пластичным психическим образованием, а объект отчасти является случайным. Поясним этот тезис: например, неодушевленные объекты, предназначенные для поглощения (пища), относительно легко взаимозаменяемы; их значимость определяется только одним — их можно съесть. В другом случае, когда объект предельно идеализирован и индивидуализирован (как при зрелой влюбленности), он становится единственным, который может принести удовлетворение, хотя и замена его возможна, если она обладает теми или иными качествами оригинала. С точки зрения последнего тезиса становится более понятным известное выражение Фрейда о том, что *объект есть самый переменчивый момент влечения, а найти объект — это значит найти его заново*. Сублимация является еще одним примером пластичности влечений, когда, например, сексуальное удовлетворение перестает быть целью, а энергия либидо смещается на некие социально значимые варианты деятельности. Отчасти это дополняет идею о некой *самостоятельной жизни влечений*. Несмотря на это, у каждого субъекта (в связи с его индивидуальным опытом и историей его развития) могут формироваться *концепции типичного объекта* для каждого вида отношений, например любовных, сексуальных, дружеских и т.д., а также типичные варианты защитных механизмов (активизирующихся при отношениях с плохими объектами).

Начинающие аналитики иногда склонны анализировать только реальные объектные отношений своих пациентов, т.е. субъекта и его ближайшее окружение. Однако это позволяет вскрыть только часть его проблем и конфликтов, поэтому в равной степени следует уделять внимание объектным отношениям с внутренними (инкорпорированными) и фантазийными объектами пациента, которые нередко определяют восприятие реальности и взаимодействие с ней в гораздо большей степени, нежели лежащие на поверхности обычные межличностные контакты.

Мелани Кляйн

Мелани Кляйн (1882—1960) — британский психоаналитик австрийского происхождения, стоявшая у истоков детского психоанализа, игровой психоаналитической психотерапии и теории объектных отношений. Занималась изучением деструктивных импульсов (зависти, жадности, ненависти), ввела понятия параноидно-шизоидной и депрессивной позиции в развитии младенца. Основные работы: «Детский психоанализ» (1932), «Развитие в психоанализе» (1952), «Зависть и благодарность» (1957).



Современная теория объектных отношений основана на наблюдениях за самыми ранними взаимодействиями в диаде «ребенок — родитель». Эти наблюдения были начаты английскими психоаналитиками. Ведущую роль

здесь сыграли работы Мелани Кляйн и ее последователей. Ее главной заслугой является разработка концепции развития межличностных отношений у очень маленьких детей. Мелани Кляйн определила отношения младенца с матерью и другими людьми ближайшего окружения как главное условие и источник развития его личности. По гипотезе Кляйн, в любое влечение почти генетически включено некое первичное представление об объекте, в том числе проявляющееся у ребенка на довербальном уровне в очень ранних и примитивных бессознательных фантазиях. Фантазмическая деятельность, таким образом, уже с самого начала присуща ребенку.

Анна Фрейд



Анна Фрейд (1895–1982) — британский психолог и психоаналитик австрийского происхождения, дочь Зигмунда Фрейда, пионер детского психоанализа. Занималась изучением защитных механизмов и роли Эго в их работе. Одна из основоположников Эго-психологии. Основные работы: «Введение в технику детского психоанализа» (1926), «Психология Я и защитные механизмы» (1936).

Большой вклад в исследование объектных отношений принадлежал Эго-психологам, в частности, представителям школы Анны Фрейд, которая одной из первых отказалась от идеи главенства сексуальных и агрессивных влечений и предложила новую структурную теорию психики с ведущей ролью Эго. В ее структурной модели Эго рассматривается как психическая инстанция, отвечающая за переработку конфликтов. Анализ Эго стал важным шагом к пониманию роли внешних объектов в формировании личности, в частности, Анна Фрейд описывала развитие личности как эволюцию Эго во взаимодействии с объектами (вначале из семейного, а затем — из широкого социального окружения). В рамках этого направления задача психоанализа была определена как исследование содержания, границ и функций Эго, и изучение истории его зависимости от внешнего мира, Супер-Эго и Ид. Анализ Эго как инстанции, непосредственно взаимодействующей с объектами, вплотную подводил ученых к проблеме объектных отношений.

Микаэл Балинт



Микаэл Балинт (1896–1970) — британский психоаналитик и психиатр венгерского происхождения. Занимался изучением взаимоотношений матери и младенца, ввел термины «первичная любовь» и «базисный дефект». Основатель так называемых «балинтовских групп», групповых психодинамических тренингов для врачей общей практики. Основные работы: «Первичная любовь и психоаналитическая техника» (1952), «Врач, его пациент и болезнь» (1957), «Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии» (1967).

Позднее Микаэл Балинт сформулировал теорию психогенеза психических расстройств и методику их терапии, основанную на концепции «базисного дефекта». Термин «*базисный дефект*» был использован Балинтом для описания особенностей определенного типа пациентов, все развитие которых, начиная с самых ранних стадий, протекало в абсолютно неприемлемых условиях (было «исковерканным»). Пациенты с глубокими личностными нарушениями, отмечал автор, вместо типичного для других конфликта демонстрируют область «некоего изъяна» или дефицита нормально функционирующих психических структур. В результате отсутствия адекватного материнского ухода и чувства безопасности в раннем детстве у человека может развиваться *базисное недоверие* ко всему миру (в отличие от нормального базисного доверия, формирующегося достаточно хорошей матерью), которое в целом напоминает состояние параноидной тревоги. При этом влияние такого дефицита («базисного дефекта») может распространяться на всю психическую структуру и все отношения индивида. Базисный дефект является одним из стабильных условий формирования тяжелых психических нарушений — от неврозов и психосоматических расстройств до психозов. Истоки дефицитарности принадлежат области наиболее ранних взаимоотношений матери и ребенка. По Балинту, преодоление базисного дефекта пациентом возможно только в том случае, если в процессе терапии пациенту будет позволено регрессировать до состояния оральной стадии и оральной зависимости от аналитика и пережить «*новое начало*», чтобы затем (в процессе терапии) дефицитарность его психики была преодолена и компенсирована.

Маргарет Малер и Рене Шпиц

Маргарет Шенбергер Малер (1897–1985) — венгерский врач и психоаналитик, создатель теории сепарации-индивидуации. Изучала процесс формирования внутриспсихических структур в контексте отношений матери и младенца и фазы психического развития. Основная работа: «Психологическое рождение человеческого младенца. Симбиоз и индивидуация» (1975).



В рамках краткого изложения теории объектных отношений нельзя не упомянуть вклад Маргарет Малер, которая сформулировала концепцию доэдиповых объектных отношений. В основу этой концепции было положено многолетнее изучение детей до трехлетнего возраста и наблюдение за эволюцией их взаимодействий с объектами (матерью, другими людьми и сверстниками) в игровой обстановке. При этом было установлено, что именно в первые три года жизни ребенок во взаимодействии с матерью постепенно формирует ее целостную психическую репрезентацию и — уже как следствие этого — стабильную *самость* (образ себя). Эволюционирующие репрезентации самости и внешнего объекта (Я и не-Я) играют ведущую роль в структурировании и функционировании

нии Эго и Супер-Эго. Этот процесс получил у Малера название «*сепарации-индивидуации*». Под сепарацией в данном случае понимается поэтапное отделение от репрезентации объекта (матери); а под индивидуацией — построение собственной уникальной идентичности (образа себя) и осознание своих индивидуальных характеристик.



Рене Арпад Шпиц (1887—1974) — американский психоаналитик австрийского происхождения, пионер исследовательского наблюдения за младенцами, направленного на улучшение понимания ранних объектных отношений. Ввел понятия анаклитической депрессии и госпитализма. Основная работа: «Первый год жизни: Естественная история отношений матери и ребенка на первом году жизни» (1965).

С точки зрения других авторов, новорожденный младенец — это то, из чего лишь впоследствии, в ходе созревания, развития и взаимодействия с объектами выделяются различные психические структуры (Я и Супер-Я). Исходно в его внутреннем мире отсутствуют какие-либо объекты и коммуникации с ними. Им лишь предстоит появиться в течение первого года жизни, к концу которого устанавливается, согласно терминологии Рене Шпица, «*либидинозный объект*» — устойчивый объект любви и привязанности. Существенную роль при этом играют различные нарушения детско-материнских отношений и материнские личностные дефекты. Отношения матери и младенца могут быть неудовлетворительными в силу своей неадекватности или недостаточности. В одном случае имеет место отвержение ребенка матерью, негативизм, тревожное попустительство, враждебность (к нежелательному ребенку), на сознательном уровне нередко компенсируемые чрезмерной заботой и т.д.; в другом — формируется эмоциональная депривация. Следствия таких нарушений в отношениях могут проявляться в самом широком диапазоне психических расстройств: от комы новорожденных до *анаклитической депрессии*, то есть депрессии покинутости.

Джон Боулби

Развивая теорию объектных отношений, Джон Боулби разработал в 1962 г. *теорию привязанности*, которая описывает динамику становления и развития долговременных отношений между людьми. Ключевое положение этой концепции состоит в том, что для нормального психического развития ребенку необходимо, чтобы рядом был хотя бы один человек, который бы заботился о нем и воспитывал его, и с которым у него сформировались бы устойчивые взаимоотношения. То есть, эта концепция объясняет, как взаимодействие родителей с ребенком влияет на развитие последнего.

Теория привязанности является междисциплинарной и базируется на ключевых положениях психологии, теории эволюции и этологии (науки о генетически заданном поведении животных). Ее основой послужил *син-*

дром лишения матери, впервые описанный Боулби в докладе, подготовленном после Второй мировой войны по предложению ООН в связи с проблемами бездомных и осиротевших детей. В соответствии с обоснованной и позднее общепризнанной концепцией Боулби дети привязываются к тем людям, которые чувствительны к их запросам и отзывчивы при социальном взаимодействии с ними, а также выполняют роль воспитателя, прежде всего — в период от 6 месяцев до двухлетнего возраста ребенка. Когда дети начинают ползать и ходить, они стремятся использовать свои объекты привязанности как гарантов безопасности — «надежную базу», от которой они отталкиваются в изучение мира, но к которой они всегда могут вернуться. Поэтому ребенок в раннем возрасте удаляется от объекта привязанности лишь на то расстояние, которое позволяет сохранять зрительный контакт с объектом привязанности.

Джон Боулби (1907–1990) — британский психолог, психиатр и психоаналитик, специалист в области психологии развития, психологии семьи, основоположник теории привязанности. Исследовал влияние разлуки с матерью на развитие ребенка, взаимосвязь отсутствия материнской любви и психопатологических отклонений, изучал фазы протеста, отчаяния и отторжения в психическом развитии. Основные работы: «Привязанность» (1969), «Создание и разрушение эмоциональных связей» (1979).



Именно отношение родителей (или тех, кто принимает их воспитательные функции) приводит к формированию того или иного типа привязанностей, которые, в свою очередь, определяют специфику восприятия всего окружающего мира, особенности эмоционального реагирования, мысли и ожидания индивида во всех последующих отношениях. Временное прерывание контакта с объектом привязанности вызывает у ребенка беспокойство и сепарационную тревогу, а утрата объекта может провоцировать длительную скорбь. Эти стратегии, скорее всего, являются генетически заданными, так как способствуют выживанию ребенка, который в этот период не приспособлен к самостоятельной жизни.

Эрик Эриксон

Эрик Эриксон дополнил теорию объектных отношений концепцией идентичности. Понятием «*идентичность*» описывается сумма всего, что делает человека личностью неизменной и относительно стабильной во времени, пространстве и обществе. Она формируется в результате взаимодействия психобиологических данных и влечений с одной стороны и внешних объектов — с другой. Эти два фактора, действуя одновременно, принуждают человека принимать либо отвергать отведенную ему природой и социумом роль. Естественно, что в этом процессе неизбежны ролевые и идентификационные конфликты. Концепция Эриксона не только принимает во внимание среднеожидаемую реакцию социальной среды (с учетом, напри-

мер, специфики ближайшего окружения, внешних, физических и интеллектуальных данных личности), но и учитывает господствующий общественно-экономический строй, возможности социального самоопределения и т.д.



Эрик Хомбургер Эриксон (1902–1994) — американский психолог и психоаналитик немецкого происхождения, автор теории стадий психосоциального развития, один из основоположников Эго-психологии. Автор термина «кризис идентичности». Основные работы: «Детство и общество» (1950), «Идентичность и жизненный цикл» (1959).

Если Фрейд рассматривал ребенка как монаду, а аналитики 1930–1940-х гг. — как составную часть диады, то к концу XX в. установилась тенденция к исследованию личностного развития в широком социальном контексте. При неизменной (главенствующей) роли взаимодействия матери и ребенка теория объектных отношений включила в себя факторы конкретной культуры и общественных институтов. Теоретические акценты сместились с инстинктов и влечений на отношения, рассматриваемые в качестве основного фундамента интрапсихических структур и важнейшего фактора их развития. Стало общепризнанным, что именно психосоциальные факторы лежат в основе большинства форм тяжелых психических расстройств, включая пограничную психопатологию и шизофрению, алкоголизм, наркоманию и делинквентное поведение.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение понятий объекта и объектных отношений.
2. Приведите определения хорошего и плохого объекта.
3. Изложите основные положения концепции привязанности.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Куттер, П.* Современный психоанализ : пер. с англ. — СПб. : БСК, 1997. — С. 251–267.
2. *Тайсон, Ф.* Психоаналитические теории развития : пер. с англ. / Ф. Тайсон, Р. Тайсон. — М. : Когито-центр, 2006. — С. 311–328.
3. *Томэ, Г.* Современный психоанализ : пер. с англ. / Г. Томэ, Х. Кехеле. — Т. 1. Теория. — М., 1996. — С. 93–130.

Дополнительная

Балинт, М. Базисный дефект : пер. с англ. — М. : Когито-центр, 2002.

Глава 15

ПОПЫТКИ ПЕРЕСМОТРА И МОДИФИКАЦИИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИХ ИДЕЙ (НЕОПСИХОАНАЛИЗ)

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теорий основных представителей неопсихоанализа;
- концепцию межличностного психоанализа Гарри Салливана;

уметь

- характеризовать общество потребления;
- дифференцировать подходы З. Фрейда и Г. Салливана к психогенезу неврозов;

владеть навыками

- анализа доброкачественной и злокачественной агрессии;
- интерпретации психологических терминов «Я-хороший», «Я-плохой», «не-Я»;

быть компетентным

- в профессиональном анализе культурологических и неопсихоаналитических идей.
-

В конце 1930-х гг. рядом исследователей были предприняты попытки пересмотра основополагающих идей и концепций З. Фрейда. Наиболее критическое отношение к классическому психоанализу демонстрировали Карен Хорни, Гарри Салливан и Эрих Фромм, предложившие философские и психологические концепции, которые иногда обозначаются как «неофрейдизм», хотя более точным было бы определение «неопсихоанализ». В целом, хотя далеко не все попытки пересмотра концепций классического психоанализа в последующем получили безусловное признание в профессиональном сообществе, некоторые из идей упомянутых выше авторов заслуживают внимания и дополнительного обсуждения.

15.1. История

Исходные положения и подходы критиков классического психоанализа базировались на получивших в этот период распространение в США социологических и антропологических теориях, а также на концепции культурного детерминизма. Основное внимание авторов смещалось с интрапсихических процессов на роль социальной среды, ближайшего окружения и межличностные отношения. Значимость этих факторов в настоящее время общепризнанна, но это несколько не снижает роли интрапсихических

процессов в развитии психопатологии. Одновременно с этим критиками пересматривались, принижались или даже отрицались особые роли бессознательного, либидо и сублимации, но эти идеи не нашли в последующем подтверждения в повседневной психоаналитической практике. Отрицалось фрейдовское понимание единства природы и культуры, при этом человек как бы исключался из перечня объектов природы и противопоставлялся ей (например, по Фромму, человеческое начинается там, где кончается природа). Принципиально иная интерпретация привносилась в оценку психической нормы и патологии. В качестве основного показателя нормального развития и поведения личности рассматривалась ее способность адаптации к требованиям социальной среды и формирование адекватной этой среде идентичности, а отклонение от этого интерпретировалось как предрасположенность к патологии или патология. Если довести эту точку зрения до крайности, то адаптацию немецкого народа к нацизму в 1930-х гг. следовало бы считать нормой, а нарушение такой специфической «социальной идентичности» — патологией. Авторами также пересматривались представления об интрапсихических структурах и предпринималась попытка их замещения концепциями, заимствованными, в частности, из поведенческой терапии. Гарри Салливан обосновывал тезис о том, что психическая жизнь в значительной степени обуславливается отношениями с другими людьми, что, в целом, вполне рационально. Но в некоторых случаях эта идея доводилась до абсурда, когда само существование личности рассматривалось как некая иллюзия, а собственно личность интерпретировалась как сумма отношений между некими фантастическими образами («персонификациями»), возникающими в процессе социального взаимодействия. Значительная часть этих идей не выдержала проверку временем. Последующие многолетние исследования и клинический опыт показали, что основные положения теории Фрейда не утратили своей актуальности и значимости. Тем не менее работы критиков классического психоанализа представляют не только исторический интерес, и наряду с попытками пересмотра теории Фрейда они внесли свой вклад ее в развитие, одновременно обозначив некоторые тупиковые векторы движения научной мысли.

15.2. Карен Хорни

Основное внимание К. Хорни было направлено на проблемы психопатологии. Она пыталась полностью модифицировать теорию психоанализа, но не достигла в этом сколько-нибудь заметного успеха. Тем не менее некоторые из ее критических замечаний были адекватно восприняты профессиональным сообществом. Неврозы, по мнению Хорни, являются результатом иррациональных и негативных аспектов развития человеческого сообщества, а сам невроз рассматривается как результат страха, порождаемого враждебной социальной средой. При этом активизируются различные защитные механизмы: рационализация страха или его замещение симптомами, в том числе возможна «наркотизация» страха (прямая, т.е. психологическая, или, например, вызванная алкоголем) или его трансформация

в бурную внешнюю деятельность, включая бегство от ситуаций, вызывающих страх. К. Хорни предложила свою классификацию «неврозов нашего времени». В частности, она выделяла: невроз привязанности (поиски любви и одобрения); невроз власти (который стимулирует борьбу за престиж и обладание); невроз покорности (в основе защитных механизмов которого лежит конформизм); невроз изоляции (с основным симптомом бегства от общества). Но все эти способы разрешения конфликтов, по мнению Хорни, являются иррациональными и лишь углубляют самоотчуждение личности. Поэтому одной из главных целей психотерапии становится выявление дефектов в системе социальных связей личности и ее адаптация к существующей культуре и образу жизни. К. Хорни весьма скептически относилась к идее Фрейда о влиянии особенностей анатомического строения на психику мужчин и женщин, в частности, к тезису о «зависти к пенису» у женщин, а также к вопросу универсальности стадий психосексуального развития ребенка.

Карен Хорни (1885–1952) — американский психоаналитик немецкого происхождения, одна из видных представителей неопсихоанализа. Занималась теорией неврозов, проблемой нарциссизма, вопросами, связанными с личностным ростом и самореализацией. Основные работы: «Невротическая личность нашего времени» (1937), «Женская психология» (1922), «Невроз и рост личности» (1950).



По К. Хорни, главными факторами для развития ребенка является удовлетворение его биологических потребностей (в пище, тепле и т.д.) и потребности в безопасности, т.е. в потребности быть желанным и защищенным от враждебного мира. В этом смысле ребенок полностью зависит от своих родителей. Если родители удовлетворяют его потребность в безопасности, формируется здоровая личность. В случаях, когда потребности фрустрируются, у ребенка могут развиваться амбивалентные чувства, базальная тревога или враждебность, так как он зависит от родителей, нуждается в них и одновременно испытывает чувство обиды или негодования, при этом последние чувства вытесняются или подавляются. *Базальная тревога*, как специфическое ощущение одиночества и беспомощности перед потенциально опасным или даже враждебным внешним миром, может в последующем трансформироваться в стабильную личностную характеристику субъекта. По Хорни, именно базальная тревога играет особую роль в формировании неврозов, а для ее компенсации личность формирует специфические стратегии преодоления (невротические потребности), в частности: в любви и одобрении; в зависимости; в ограничительном поведении; во власти (стремление контролировать ситуацию); в общественном признании и восхищении собой и т.д. Эти потребности описываются Хорни как универсальные и характерные для всех людей, и в норме являются взаимозаменяемыми, однако невротик обычно избирает какую-то одну из них и следует ей во всех видах социального взаимодействия. Как отмечала ав-

тор концепции базальной тревоги: «Если он нуждается в любви, то должен получить ее от друга и врага, от работодателя и чистильщика обуви».

В поведенческих паттернах Хорни выделяла несколько специфических установок, в частности, «на людей», «от людей» и «против людей». В первом случае формируется стиль взаимодействия, для которого характерны зависимость, нерешительность и беспомощность («Если я уступлю, меня не тронут»). Ориентация «от людей» связывалась автором с защитной установкой «Мне все равно» или «Если я останусь в стороне, со мной будет все в порядке». Ориентация «против людей» характеризует враждебный тип личности со стремлением к власти и доминированию («...Тогда меня никто не тронет»).

На протяжении всей своей исследовательской деятельности Хорни активно полемизировала с взглядами Фрейда на особенности женской психологии, в частности, по вопросам уже упомянутой «зависти к пенису», неосознанного стремления иметь сына в качестве компенсации этой зависти и т.д. В одной из своих самых известных работ «Женская психология» Хорни отмечала, что психоанализ был создан «мужским гением, и почти все, кто развивал идеи психоанализа, были мужчинами», которые, естественно, имели иной личный опыт. Отстаивая идею равенства полов, Хорни обосновывала, что женщины чувствуют себя неполноценными по сравнению с мужчинами, потому что вся их жизнь исходно строится на экономической, политической и психосоциальной зависимости от мужчин. Именно поэтому женщины стремятся проявлять маскулинность, которая не имеет никакого отношения к зависти к пенису, а отражает их стремление к равенству, мужской власти и мужским привилегиям.

Следует признать, что критикуя подходы Фрейда, основанные на биологических закономерностях психосексуального развития личности, Хорни впадала в другую крайность, фактически отрицая то, что человек уже рождается с определенной наследственной, анатомической и психодинамической структурой, которые в значительной степени предопределяют его последующее развитие. Одновременно с этим заслуживает внимания ее вывод о том, что регрессивное возвращение невротиков к точкам патологической фиксации никогда не бывает точным повторением инфантильных стратегий поведения. Эти регрессивные модели во всех случаях трансформируются с учетом последующего опыта взрослой жизни, других психических травм и отношений личности.

Самостоятельное значение имеют культурологические подходы К. Хорни, в рамках которых доминирующими являются ее представления об основном конфликте современной западной культуры, а именно: между высоким уровнем бескомпромиссной конкуренции за успех и христианскими принципами любви к ближнему. Наиболее полно эта проблема раскрывается в ее книге «Невротическая личность нашего времени».

Несмотря на яркость и оригинальность работ, подходы Карен Хорни не получили широкого распространения и признания, а ее теоретические идеи и обобщения не оказали сколько-нибудь существенного влияния на терапевтическую практику; тем не менее ее книги до настоящего времени пользуются большой популярностью.

15.3. Гарри Салливан

С именем Гарри Салливана связано появление интерперсонального подхода в психоанализе. Это направление начало формироваться в 1920-х, когда Салливан впервые занялся лечением пациентов, страдавших шизофренией. В тот период в теоретических подходах к шизофрении безраздельно доминировали взгляды немецкого психиатра Эмиля Крепелина, который, вслед за Б. Морелем (1813—1878), определял ее как *dementia praecox* («раннее слабоумие»). Однако позднее Ойген Блейлер (1857—1939), которому мы обязаны самим термином «шизофрения», показал, что это психическое страдание не является ни «ранним», ни «слабоумием», поскольку может начинаться и в зрелые годы, и совсем не обязательно завершается деменцией. Тем не менее считалось, что такие пациенты не пригодны для психоанализа. Поэтому сообщение Гарри Салливана, что в процессе психоаналитической терапии у 61% пациентов, страдающих шизофренией, он наблюдал «заметное улучшение состояния», было своеобразной сенсацией.

Гарри Стэк Салливан (1892—1949) — американский психиатр и психолог, основатель интерперсонального психоанализа. Начиная карьеру военным медиком общего профиля, затем специализировался в психиатрии и психологии. Много и успешно работал с психотиками, в частности, страдающими шизофренией (обследовал более 250 пациентов). Автор термина «значимый другой». Основные работы: «Психопатология личности» (1934); «Концепции современной психиатрии» (1940); «Интерперсональная теория психиатрии» (1953); «Шизофрения как человеческий процесс» (1962).



Позднее на основании своих клинических наблюдений Салливан постепенно пришел к убеждению, что для понимания психопатологии недостаточно сосредоточить все внимание на самом индивиде (как это предполагалось в получавшем все большее распространение персонцентрическом подходе, пришедшем на смену нозоцентрическому). Ученый обосновывает, что люди неотделимы от своего окружения; личность формируется только в рамках межличностного общения; а характер находится не «внутри» человека, а проявляется только в отношениях с другими людьми, при этом с разными людьми по-разному. Далее Салливан конкретизирует, что «личность проявляется исключительно в ситуациях межличностного общения», а сама личность — это «сравнительно прочный стереотип повторяющихся межличностных ситуаций, которые и являются особенностью ее жизни». При этом автор приходит к выводу, что практически все формы психопатологии являются производными от «межличностного контекста», а решающим фактором в формировании отношений и чувств личности является страх, о чем еще будет сказано ниже.

Так же как и К. Хорни, Г. Салливан утверждал, что психологическое состояние новорожденного всегда балансирует между относительным

комфортом и напряжением, связанным с удовлетворением его потребностей. При этом состояния напряжения, периодически возникающие у новорожденного, не представляют собой серьезной проблемы до тех пор, пока младенец ощущает присутствие человека, более или менее адекватно заботящегося о нем. Таким образом, младенец нуждается не в заботе вообще, а в заботе, соответствующей его потребностям в настоящий момент и в конкретной ситуации. В одних случаях он нуждается в пище, в других — в тепле, безопасности, в игре или поощрении. То есть он нуждается в соответствующей ответной реакции, способствующей снижению напряжения, и именно со стороны человека, заботящегося о нем. Салливан называет данные потребности стремлением к слиянию, поскольку, применительно к ребенку, они, по существу, рассчитаны на взаимное удовлетворение обеих сторон и телесный контакт. Самым первым и самым ярким примером такой реализации стремления к слиянию является кормление грудью: младенец голоден — и нуждается в пище; грудь наполнена молоком и нуждается в опорожнении. Мать и младенец сливаются в обоюдном акте, приносящем удовлетворение обеим сторонам. Салливан полагает, что подобные потребности в удовлетворении подталкивают индивида к общению с окружающими не только в младенчестве, но и в течение всей жизни.

Салливан полагал, что младенец отличается особенной отзывчивостью к чувствам и состоянию других людей. Более того — его собственное психологическое состояние во многом определяется настроением значимых других из его окружения. Салливан назвал процесс воздействия психологического состояния взрослого на младенца, о котором этот взрослый заботится, эмпатической связью. Если человек, заботящийся о ребенке, чувствует себя спокойно и уверенно, состояние младенца балансирует между эйфорическим покоем и временным напряжением, обусловленным возникающими потребностями, которые более или менее адекватно удовлетворяются. Однако если заботящийся объект демонстрирует страх или тревогу, то это переживается ребенком как некое привнесенное напряжение, причины которого необъяснимы, и следовательно, не могут быть удовлетворены (ни заботой, ни кормлением и т.д.). Например, мать, заботящаяся о ребенке, может волноваться по поводу обстоятельств, не имеющих никакого отношения к ребенку. Младенец воспринимает страх и ощущает его как напряжение, требующее разрядки. Он плачет, реагируя на напряжение единственно доступным ему вариантом демонстрации дискомфорта и таким образом, казалось бы, моделирует разнообразные потребности в удовлетворении. Взрослый человек приближается к ребенку, надеясь его успокоить. Однако, приближаясь к ребенку, он тем самым приближает к нему источник страха. Скорее всего, в данной ситуации взрослый человек начинает испытывать даже больший страх, поскольку его тревожит состояние ребенка. Чем ближе к ребенку подобный человек, тем больший страх охватывает ребенка. Если взрослый человек, заботящийся о младенце, не находит способа избавить себя и ребенка от страха, ребенок будет чувствовать, что напряжение растет словно снежный ком, без всякой надежды на разрядку.

Согласно Салливану при длительном воздействии такого «наведенного» страха он может приобретать черты кошмара. При этом страх не только оказывает уже упомянутое фрустрирующее влияние, но провоцирует неосознанное стремление к избеганию и разъединению, искажая потребности ребенка в удовлетворении (например, в форме отказа от груди и т.д.). Испуганный младенец не может нормально питаться, спать и успокаиваться в присутствии продуцирующего страх родителя. В зрелом возрасте этот страх препятствует нормальному мышлению, общению, обучению, сексуальной жизни, эмоциональной близости и т.д. Салливан полагал, что страх разъединяет некие звенья в цепи нормального развития ребенка и исходно вносит дисгармонию в систему его межличностной и социальной регуляции.

Страх заметно отличается от иных состояний, поэтому Салливан считал, что первоначально ребенок разделяет мир не на свет и тьму, отца и мать, а на состояния страха и его отсутствия. Коль скоро человек, заботящийся о ребенке, является первым источником его страха, Салливан именует первое состояние переживанием «*хорошей матери*» (состояние отсутствия страха), а второе — переживанием «*плохой матери*» (состояние страха). Таким образом, термином «плохая мать» могут характеризоваться переживания ребенка не только в отношениях с биологической матерью, но и с самыми разными людьми, внушающими страх (включая аналитика).

Существенным этапом в развитии ребенка является обретение понимания того, что состояние «хорошей матери» или «плохой матери» может зависеть от него. Младенец со временем обнаруживает, что одни формы его поведения (например, плач) вызывают страх у людей, заботящихся о нем, тогда как другие (улыбка) — успокаивают их и вызывают у них одобрительную реакцию. Возможно, описание постепенного развития этого процесса выглядит недостаточно убедительно, но Салливан придавал ему чрезвычайно важное значение и рассматривал этот феномен («*управление матерью*») как существенный этап в *поступательном формировании взаимосвязей*.

Позднее, на основании реакций ближайшего окружения у ребенка аналогичным образом формируются представления о себе «Я-хороший», «Я-плохой», а в более старшем возрасте — «не-Я». Салливан также считал, что степень страха, который испытывает взрослый, напрямую зависит от степени страха, который испытывало его ближайшее окружение и другие люди, опекавшие его в детстве. Чем чаще испытывали страх те или иные родительские фигуры, тем больше переживаний ребенка (и затем взрослого) окрашено страхом (тем выше вероятность проявления «плохого Я» и «не-Я»).

Особое значение Салливана придавал речи пациента, утверждая, что лексикон каждого человека тесно связан с его характером. По Салливану, слова приобретают свое специфическое значение лишь в первичном межличностном контексте, в рамках которого индивид учиться говорить. Он считал, что любому человеку (в том числе аналитику) необходимо достаточно длительное время для того, чтобы разобраться в истинном значении слов, употребляемых другим лицом, особенно в том случае, когда предме-

том обсуждения оказываются глубоко личные и драматические аспекты жизни.

Большинство авторов отмечают особый вклад Салливана в развитие методов терапии пациентов, страдающих навязчивыми состояниями. Фрейд, впервые описавший невроз навязчивых состояний в 1895 г., связывал подобные состояния с фиксацией на анальной стадии психического развития или регрессией к этой стадии. Салливан предложил совершенно иной подход к интерпретации навязчивых состояний, полагая, что поведение подобных пациентов не является выражением анального эротизма, садизма или властных амбиций, а выполняет функции превентивной защиты от унижения и страха. В своих теоретических построениях он исходил из собственной практики, которая свидетельствовала, что большинство пациентов, страдавших от невроза навязчивых состояний, выросло в семьях, где царила атмосфера лицемерия, и они многократно испытывали физические или моральные унижения. Многие из пациентов вспоминали о физических наказаниях, как правило, приводя родительские утверждения, когда их унижали якобы ради их же пользы. В результате обобщения совокупности всех этих факторов Салливан высказал мнение, что лица, страдающие навязчивыми состояниями, были введены в заблуждение относительно того, что есть нормальная система отношений. И как следствие, встреча с любыми другими людьми исходно вызывает у них страх, поскольку они «предвидят», что будут чувствовать себя незащищенными, хотя и не понимают, с чем это связано. Таким образом, различные ритуалы и ограничения являются попытками доминировать над окружающими и мотивированы потребностью обезоружить их, поскольку от них исходит угроза уже упомянутой выше потребности в безопасности.

В рамках клинической методологии Салливана главный акцент терапевтической работы смещается с прошлого на настоящее, с того, что случилось *«там и тогда»*, на то, что происходит *«здесь и сейчас»*. Для того чтобы разобраться в текущей межличностной ситуации, терапевту необходимо иметь достаточно полное и точное представление о всех предшествующих идентификациях пациента, его истинных и иллюзорных персонификациях, имевших место в прошлом и влияющих на настоящее. Само понимание актуальных защитных механизмов и сопротивлений, по Салливану, зависит от того, насколько аналитик осведомлен о причинах и процессе возникновения этих стереотипов поведения в их первоначальном межличностном контексте.

Салливан именовал аналитический подход к изучению пациента *«участливым наблюдением»*. Большинство пациентов пытаются втянуть аналитика в типичные для них межличностные отношения. А аналитик выступает в роли своеобразного прибора, тонко улавливающего стереотипы поведения конкретного пациента и, анализируя его защитные механизмы, старается, напротив, не оказаться втянутым в типичные отношения и таким образом сохранить свой статус *«внешнего эксперта»*. Поскольку настоящему уделяется больше внимания, чем прошлому, то аналитик не может рассматриваться в качестве обособленного наблюдателя, а является одним из весьма значимых и полноправных участников построения отношений

и реализации стереотипов пациента. Салливан также одним из первых подверг сомнению принцип психоаналитической нейтральности.

Обобщая главное отличие подходов Г. Салливана от классической парадигмы З. Фрейда, нужно отметить ряд существенных моментов. Фрейд определял невроз как интрапсихический конфликт между Оно, Я и Сверх-Я, а психоз — как конфликт между личностью и внешним миром, вплоть до ухода от него. Салливан конкретизирует последний вариант теории и распространяет его как на психозы, так и на неврозы, утверждая, что все основные конфликты происходят между конкретным человеком и его ближайшим окружением. Конкретизируем эту идею: по Салливану, любые конфликты исходно являются межличностными конфликтами, включая интрапсихические (невротические), так как и в этом случае в основе конфликтов лежат отношения с интериоризированными враждебными (родительскими) фигурами. Аналогичным образом Салливан объяснял шизофренический дефект, считая, что в подобных случаях рациональная и адекватная адаптация в реальной жизни была подавлена извне, но это не значит, что она была разрушена полностью (понятие «шизофреногенная мать» появилось несколько позднее). По Салливану, это подавление (как интрапсихический процесс) является лишь средством, при помощи которого психотик отходит или полностью «скрывается» от реальности, но при терпеливой и квалифицированной терапии это подавление можно ослабить или даже снять.

В целом, работы Гарри Салливана во многом предопределили некоторые из новейших тенденций психоаналитической мысли и современной психотерапии в целом.

15.4. Эрих Фромм

Эрих Фромм получил психоаналитическую подготовку в Берлинском институте, основанном Максом Эйтингеном (1920), где он впервые встретился с Карен Хорни, которая оказала существенное влияние на формирование его профессиональной идентичности. Фромм имел солидную психоаналитическую практику на протяжении 35 лет, но обобщение терапевтического опыта составляет весьма незначительную часть в его творческом наследии. Его основные идеи носили преимущественно общепсихологический и социологический характер и были во многом продиктованы спецификой мироощущения человека конкретной исторической эпохи. Значительным этапом в его жизни был период работы в Институте социальных исследований во Франкфурте-на-Майне (1929—1932). Однако после прихода к власти фашистов Фромм был вынужден эмигрировать в США, где работал в ряде ведущих психиатрических и психоаналитических институтов. Основными предметами его исследований стали проблемы Нового времени, критическое переосмысление капиталистической системы отношений, западного образа жизни, психологии и этики. Именно Фромм в 1920-х гг. впервые ввел широко применяемое для характеристики современного состояния социума понятие «общество потребления».



Эрих Зелигманн Фромм (1900–1980) — выдающийся немецкий социолог, философ, социальный психолог, психоаналитик, один из основателей не-офрейдизма и фрейдомарксизма. Основные работы: «Бегство от свободы» (1951); «Психоанализ и этика» (1946); «Психоанализ и религия» (1949); «Здоровое общество» (1956); «Искусство любить. Исследование природы любви» (1956); «Анатомия человеческой деструктивности» (1973).

Учитывая, что эта феноменология пока мало изучена, но уже давно и широко представлена в материале наших пациентов, остановимся на этом вопросе более подробно. По Фромму, общество потребления характеризуется не столько переходом к массовому потреблению материальных благ, сколько формированием новой системы ценностей и новых этических (психологических) установок. Характерная особенность — потребление, которое охватывает все большее количество людей, значительно превосходит рамки, необходимые для поддержания их физического существования и социального функционирования. Эти прогнозы Фромма находят многочисленное подтверждение в современном мире. Так, в 1960–2000 гг. расходы на различные бытовые товары и услуги в среднем возросли в 4 раза, а шопинг стал одной из форм досуга. Революция в сфере коммуникаций вызывала небывалое расширение сферы общения и потребления информации, при этом возможность принять участие в общении во многих случаях также становится платной (потребительской) услугой. Качественно изменяется структура потребления, а ее формирование приобретает все более искусственный характер, мало связанный или даже не связанный с удовлетворением биологических, физиологических или социальных потребностей личности. Вкусы, желания, потребности, ценности, нормы поведения и интересы личности, а также сама культура потребления уже не определяются предшествующей историей, семейными или национальными традициями, а в значительной степени навязываются крупным бизнесом путем целенаправленного воздействия на сознание и бессознательное людей с помощью СМИ. Наряду с конкуренцией производителей во всем мире нарастает конкуренция потребителей, основные тенденции которой проявляются в тенденции публично демонстрировать, что «я потребляю не хуже других»; более того — именно уровень потребления (не уровень знаний и интеллекта или общественные заслуги и т.д.) становится одним из реальных отражений социального статуса личности.

Погоня за уровнем потребления приводит к развитию системы займов и кредитования, что стимулирует повсеместный рост долговых обязательств, а выплаты процентных ставок по кредитам приводят к постоянному удорожанию большинства востребованных товаров (до 50% от их исходной цены). Особого внимания заслуживают сверхдорогие товары, доступные только потребителям высокого социального статуса, хотя их потребительские свойства практически ничем (кроме «раскрученных» брендов) не отличаются от их дешевых аналогов. Фактически каждый новый



Общество потребления

сезон преподносит некие очередные изменения моды, поэтому вещи устаревают быстрее, чем изнашиваются, при этом личность, которая не следит за модой, символически идентифицируется с отсталостью, бедностью и недостаточной успешностью. Образование, здравоохранение и спорт постепенно все более активно коммерциализируются и становятся сферой услуг, ориентированных преимущественно на статусных потребителей. Широкое распространение приобретает индустрия красоты и омолаживающих процедур. Качественно меняется структура, содержание и этика любовных, семейных и сексуальных отношений, где потребительский подход также преобладает над некогда освящаемыми церковью сакральными и духовными ценностями.

Высоко оценивая открытия З. Фрейда, который способствовал небывалому обогащению знаний о человеке, Э. Фромм подчеркивал главный, по его мнению, недостаток психоанализа — он не прибавил знаний о том, как человек должен жить и что он должен делать, и не уделил должного внимания проблемам этики. Анализируя человека как биосоциальное существо, Фромм отмечает, что было бы неверным рассматривать всю деятельность человека только с точки зрения вытесненных влечений. В качестве основного вопроса человеческого бытия он ставит вопрос о смысле жизни и тех морально-этических эталонах, в соответствии с которыми надлежит жить. В отличие от Фрейда, который на первое место ставил биологически обусловленные мотивы поведения и влечений человека, Фромм утверждал, что определяющими во всех случаях являются социальные факторы, а то низменное, что обнаруживается в современной человеческой натуре, все страсти и тревоги человека, является продуктом современной культуры. Одновременно с этим Фромм исходно отказывается от определения человека в качестве доброго или злого существа. Фактически вопрос ставится в некой временной перспективе: человек не то, что он есть, а то, каким он может стать. По мнению Фромма, дружелюбие или враждебность и разрушительность, жажда власти и стремление к подчинению, отчужденность, тенденция к самовозвеличению, скупость, тяга к чувственным наслаждениям или страх перед ними — все эти и многие другие стремления и страхи, которые можно обнаружить в человеке, развиваются как реакции на определенные условия жизни. При этом Фромм подчеркивает, что ни

одна из таких склонностей не является изначально присущей человеку. Этот подход, безусловно, носит высоко гуманистический характер, но вряд ли может считаться обоснованным, проверяемым или доказуемым.

Многие положения в работах Фромма носят сугубо дидактический характер и направлены на формирование здоровых и рациональных стратегий поведения, а также на постижение истинных потребностей человека, которые должны прийти на смену ложным и искусственным вожделениям. По Фромму, каждый конкретный человек — это в некотором роде жертва, иногда даже безвинная жертва наличных социально-экономических условий. Личность не выбирает и лишь отчасти формирует условия своего существования. Основопологающим фактором во всех случаях являются особенности экономической системы, которая формирует характер и принуждает человека (исходя из потребности самосохранения) принять условия (в значительной степени навязанные), в которых ему приходится жить. Критикуя современную западную культуру, Фромм обосновывает, что принцип индивидуализма ведет к одиночеству, ощущению своей ничтожности и бессилия, в итоге формируются получившие широкое распространение феномены «бегства человека от самого себя» и «бегства от свободы». Одной из форм такого «бегства» являются неврозы, в основе которых лежат внутренние конфликты между непреодолимой зависимостью и таким же стремлением к недостижимой свободе. По Фромму, большинство этих конфликтов относятся к моральной сфере и моральной регуляции человеческих отношений. Исходя из этого, успешность терапевтических отношений в значительной степени зависит от понимания морально-этических конфликтов конкретной личности. В качестве основной этической проблемы современности автором указывалось безразличие человека к самому себе. Поэтому одна из главных задач психоанализа заключается в раскрытии и понимании правды о самом себе и в осмыслении своих нравственных проблем.

Существенное внимание в работах Фромма уделяется проблеме совести, при этом автор обосновывает различия между *авторитарной совестью* (голосом родителей или государства как аналога Сверх-Я) и *гуманистической совестью*, т.е. собственным моральным суждением человека, независимым от внешних санкций и поощрений, выражающим его личный интерес и целостность. Общепризнанным является тезис Фромма о различных формах агрессии, в частности, *доброкачественной агрессии* (т.е. биологически адекватной, служащей самосохранению и выживанию) и *злокачественной агрессии* (по мнению автора, приобретенной, связанной с жестокостью и агрессивностью, со склонностью мучить и убивать).

Основной целью гуманистического психоанализа, по Фромму, является не столько адаптация человека к тем или иным обстоятельствам, существующей культуре и социальной реальности, сколько оптимальное развитие его способностей и задатков, и всеобъемлющая реализация его индивидуальности. Быть, по мысли Фромма, означает давать выражение всем талантам, которыми наделен всякий. Это значит, продолжает ученый, преодолевать узкие рамки своего собственного «я», развивать и обновлять себя и при этом проявлять интерес и любовь к другим, желание не брать,

а давать. Этой идеальной модели Фромм противопоставляет современное общество, давление которого и груз ответственности провоцируют регрессивное желание быть ведомым и подвластным.

В конце жизни Фромм опубликовал свой итоговый труд, книгу «Анатомия человеческой деструктивности». Материал для этого издания, посвященного антропологическим основаниям зла, автор собирал более сорока лет. Фромм объяснял, что занимался изучением агрессии и деструктивности не только потому, что они являются одними из наиболее важных теоретических проблем психоанализа, но и потому, что волна деструктивности, захлестнувшая сегодня весь мир, давала ему основание думать, что подобное исследование будет иметь серьезную практическую значимость. В своей работе Фромм дал целостную картину разнообразных проявлений агрессивности. Проблема деструктивности обосновывается автором все той же идеей «бегства от свободы». Воздержание от собственной воли, неготовность воспользоваться плодами человеческой субъективности парадоксальным образом приводят к деструктивности — попранная внутренняя свобода рождает насилие. Фромм видит рождение разрушительности в относительно бессознательном и одновременно отчасти преднамеренном отказе человека от самого себя, от собственной уникальности.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Изложите своими словами концепцию межличностного психоанализа Г. Салливана.
2. Опишите основные признаки и векторы развития общества потребления.
3. Дайте определение и укажите различия между авторитарной совестью и гуманистической совестью, доброкачественной и злокачественной агрессией.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Салливан, Г.* Интерперсональная теория в психиатрии : пер. с англ. — СПб. : Ювента, 1999. — С. 65—85.
2. *Фромм, Э.* Анатомия человеческой деструктивности : пер. с англ. — М. : АСТ, 2014. — С. 115—134.
3. *Хорни, К.* Невротическая личность нашего времени : пер. с англ. — СПб. : Питер, 2014. — С. 99—116.

Дополнительная

Александр, Ф. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней : пер. с англ. / Ф. Александр, Ш. Селесник. — М. : Прогресс-Культура, 1995.

Глава 16

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ХАРАКТЕРА

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения психоаналитической теории характеров;
- основные концепции орального и анального характеров;
- ведущие феноменологии шизоидного характера;

уметь

- исследовать типичные патохарактерологические комплексы;
- определять признаки нарушения психического функционирования с точки зрения психоаналитической характерологии;
- проводить психологическую диагностику характера;

владеть навыками

- интерпретации точек фиксации в процессе психосексуального развития;
- анализа характера;

быть компетентным

- в профессиональном анализе психологических концепций характера.
-

В психологии термином *«характер»* означает совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, которые складываются и проявляются в деятельности и общении, обуславливая типичные для личности способы поведения. Это определение апеллирует к внешним проявлениям различных характеров, но не раскрывает причины тех или иных конкретных проявлений. В психоанализе это определение дополняется представлениями о том, как формируется характер в зависимости от точек патологической фиксации на той или иной стадии психосексуального развития и как в последующем это сказывается на типичных паттернах поведения — мыслях, идеях, отношениях и поступках человека.

Современная психоаналитическая характерология постоянно расширяется и уточняется, но в данном разделе мы остановимся лишь на основных типах характера: оральном, анальном, фаллическом, истерическом, депрессивно-мазохистическом и шизоидном.

16.1. История формирования и развития представлений

Впервые понятие «невротический характер» встречается в работе З. Фрейда «Толкование сновидений» и получает дальнейшее развитие в статье «Характер и анальная эротика» (1908), где отмечалось, что доста-

точно часто встречающееся сочетание трех особенностей характера — аккуратности, упрямства и бережливости — связано с фиксацией на анальной стадии развития. Это заключение вносило существенно новое в теорию характеров в целом. Характер уже не рассматривался исключительно как сформировавшаяся под влиянием воспитания совокупность неких разрозненных черт, а представлялся как психологическое и поведенческое проявление некой единой структуры, связанной либо с влечениями, либо с сублимацией влечений, либо с вызванными ими *реактивными образованиями*. В последнем случае имеется в виду один из механизмов психологической защиты, когда неприемлемые для личности тенденции или способы поведения изменяются на противоположные.

Безусловно, характер отчасти определяется наследственными факторами и ближайшим окружением в период становления личности, но в гораздо большей степени на него влияют особенности отношений с первичными объектами на самых ранних этапах развития. Дополнительным фактором являются *механизмы фиксации* на той или иной стадии психосексуального развития, которые воспроизводят одни и те же способы удовлетворения «неизменных желаний» (на протяжении всей жизни личности). Образно говоря, меняются только подмостки, декорации и актеры вокруг, но главный герой исполняет все ту же роль и «выдает» все тот же текст. В качестве другого важного фактора следует упомянуть *механизм регрессии*, т.е. возврата от уже достигнутой точки развития к предшествующим стадиям (вплоть до самых ранних) с «оживлением» соответствующих им паттернов поведения.

В современном психоанализе характер рассматривается как некий аналог симптомов и одновременно защитных механизмов. При этом люди могут обладать невротическим характером при наличии симптомов или даже при их отсутствии. Тревожность в большинстве случаев при этом удерживается на некоем приемлемом уровне, невротическое равновесие и адекватность личности сохраняется, но происходит ее неизбежное обеднение, проявляется склонность к эмоциональному «уплощению» и неспособности получать удовольствие от жизни.

Появление психоаналитической характерологии постепенно привело к тому, что исходная направленность терапевтов на исследование симптомов переместилась на анализ сопротивлений, которые пациент демонстрирует в процессе терапии (и, естественно, в жизни). Позднее в ряде работ было обосновано, что эти сопротивления связаны с характером человека и в значительной степени обусловлены им. Поэтому в процессе терапии целесообразно интерпретировать не только отдельные симптомы или черты характера, а природу и суть характера пациента как такового. Однако такие интерпретации даются только тогда, когда пациент к ним готов, точнее, готов к изменениям собственной личности. В отличие от характера, симптомы, которые приносят пациенты, почти всегда рассматриваются как некое «иностранное тело» в психике, а характер, даже предельно невротический — это самость личности, и путь к ее изменению намного длиннее.

16.2. Оральный характер

Рот младенца — главный орган реализации его влечений, единственно доступный ему инструмент внешней деятельности, посредник в пищевом удовлетворении и фрустрации (плаче) при голоде, канал проявления любви к заботливому объекту и ненависти к отсутствующему и, что важнее всего, первый опыт и первое средство реального социального контакта. Многочисленные наблюдения за детьми в первые недели жизни показали, что если внешний мир, который символизируется на этом этапе развития матерью, не удовлетворяет желаний младенца, он исходно отвергается или воспринимается как чуждый и становится источником бесконечной (базальной) тревоги.

Понятием «оральный характер» объединяются типы личности, невротически фиксированные на оральной стадии развития, поэтому перед изучением этого раздела рекомендуется повторно просмотреть описание оральной



Густав Климт. Поцелуй.
1907—1908

фазы психосексуального развития. Фиксация обычно возникает вследствие неудовлетворенности потребностей ребенка в пище, уходе и (или) эмоциональном взаимодействии с материнским объектом. Эта неудовлетворенность может относиться и к частичному объекту (форме соски или количеству молока), и к матери в целом, присутствие которой символизирует собой весь мир, защиту, эмоциональный комфорт и свободу от тревоги, а отсутствие — порождает довербальный страх небытия.

Концепция орального характера была детально разработана в 1924 г. Карлом Абрахамом и Эдвардом Гловером. Типичными

поведенческими паттернами таких личностей являются страх утраты объекта (точнее — любви значимого объекта), ощущение внутренней пустоты, назойливость и демонстрация зависимости в межличностных отношениях. К достаточно характерным «симптомам» следует также отнести чрезмерную словоохотливость, склонность быть в центре внимания, нетерпеливость к удовлетворению собственных потребностей и болезненное влечение к еде, а также другие проявления оральной зависимости (любовь к поцелуям, курение, алкоголизм, привычка постоянно держать во рту жевательную резинку и т.д.). В совокупности все эти проявления иногда характеризуются как потребность в инкорпорации (включая потребность в полном «поглощении» другого). Когда та или иная типичная для таких личностей потребность не удовлетворяется, они демонстрируют беспокойство, выраженный пессимизм или даже подавленность и враждебность, которые легко сменяют еще минуту назад исходивший от них безудержный восторг. Амбивалентность их отношений проявляется не только в отношениях с другими, но и с самими собой — болезненное влечение к еде может внезапно смениться анорексией.

Некоторые авторы отмечали типичную для таких пациентов патологическую зависть и невротическую скупость — их основное желание «получать» (все, что есть у других и чего им так не хватает, включая любовь), не прилагая усилий и ничего не отдавая взамен. При этом у них всегда присутствует страх быть отвергнутым и утратить любовь объекта. В целом, жить с оральным характером достаточно трудно, такие люди вынуждены часто менять свои привязанности, объекты любви, место работы и т.д. При множестве проявлений оральных потребностей, их материальные и духовные запросы не отличаются широтой, а фраза «Я не знаю, чего хочу» неоднократно звучит в процессе терапии. Рассказывая о собственной личности, такие пациенты чаще всего характеризуют некий Эго-идеал, с которым они пытаются идентифицироваться, но без особого успеха. Приход к пониманию, что их главная проблема в них самих, что именно их характер и составляет основу всех психологических проблем — это всегда отдаленное будущее в работе искусного и терпеливого терапевта. Никакие интерпретации не допускаются (и не будут приниматься), пока не будет сформировано критическое Я пациента.

16.3. Анальный характер

Вторая фаза психосексуального развития ребенка связана с овладением контролем над выделительными функциями. Напомним, что анальная фаза психосексуального развития продолжается с 2 до 4 лет. В этот период ребенок проявляет особый интерес к актам дефекации и мочеиспускания и приобретает новые навыки управления своим телом, в частности сфинктерами, а также усваивает правила гигиены. За счет приобретения этих первых, исходящих от воспитателей требований и умений начинается процесс социализации.

Как мы помним, анальная фаза связана со столкновением двух различных процессов — физиологического, с одной стороны, и социально-психологического — с другой. Ранее ребенок мог осуществлять акты дефекации и мочеиспускания в любое время при первом появлении позывов к ним. Однако теперь ситуация меняется, и взрослые требуют, чтобы ребенок контролировал эти акты и был способен их задерживать, а также приучают ребенка к горшку. Когда эта способность формируется, у ребенка появляется бессознательная тенденция к манипуляциям взрослыми. Он видит, что невыполнение требований как-то их тревожит, и начинает более активно тестировать их чувства и отношения. Ему предлагают горшок, а он отказывается или, даже принимая соответствующую позу, проводит на горшке гораздо больше необходимого времени, демон-



Квентин Массейс.
Меняла с женой. 1514

стрируя задержку стула, в некотором роде наслаждаясь управлением сфинктерами.

Он также приучается к выполнению гигиенических процедур, вначале без особых эмоций, а затем испытывая удовольствие от них и «доверяя» их осуществление только определенному кругу лиц. Чаще всего такой заботящейся фигурой является мать, а поскольку эти гигиенические процедуры связаны с гениталиями, уже обретающими чувствительность, некоторые авторы уже на этом этапе характеризуют мать как «соблазняющую» и рекомендуют быть чрезвычайно корректными при осуществлении такой заботы, а также как можно раньше приучать ребенка к самостоятельности.

Ранее уже отмечалось, что в этот период ребенок склонен оценивать свои выделения как часть себя, он с удовольствием предъявляет их значимым взрослым в качестве дара, он получает похвалу за это. Однако в последующем этот дар «обесценивается» взрослыми. Более того, их доброжелательное отношение сменяется осуждением, а иногда и наказанием, если акты дефекации или мочеиспускания осуществляются в неположенное время и в неположенном месте. Одновременно с этим у ребенка формируется чувство стыда, исходно апеллирующее как к генитальной сфере, так и к тому, что ее нужно скрывать и содержать в чистоте.

Ключевым понятием анальной стадии, как и анального характера, является *ориентация на удержание (в себе или у себя)*. Лица с анальным характером обычно проявляют такие черты как аккуратность, любовь к порядку, доходящую до скупости бережливость, упрямство, которые восходят к детской тенденции удерживать свои естественные выделения как некое ценное достояние, аналогом которых во взрослой жизни становятся деньги и подарки. А способность к управлению собственной моторикой в сочетании с наблюдениями того, как задержки стула сказываются на поведении взрослых, в последующем могут проявиться в склонности контролировать поведение окружающих, манипулировать ими, наслаждаться своим могуществом и испытывать раздражение, когда это не удается. Отсюда же проистекает типичное для лиц с анальным характером ощущение, что они все должны делать сами, потому что больше никто не может сделать это также хорошо, и в этих случаях формируются идеи собственной уникальности в сочетании с вечным недовольством всеми другими, стабильным желанием критиковать и поучать. Иногда типичная скупость подвергается трансформации и формируется реактивное образование, когда скрупулезно накопленные, посчитанные и ранее бережно хранимые накопления бессмысленно растрачиваются.

Естественно, что анальная стадия развития, через которую проходят все, вовсе не обязательно приводит к формированию анального характера. Нормальное развитие при наличии адекватной родительской позиции и отсутствии точек патологической фиксации способствует формированию таких черт характера как решительность, упорство в достижении цели, педантичность и точность в исполнении своих обязанностей, любовь к чистоте и порядку, талант организатора и руководителя.

16.4. Фаллический характер

Напомним, что, отталкиваясь от своих наблюдений поведения детей, Фрейд выдвинул предположение, что исходно у детей обоих полов имеется представление о наличии у всех людей мужских гениталий. Поэтому девочки могут восприниматься как дети, по какой-то причине лишенные фаллоса, а мальчики — могут испытывать страх, что и они могут быть «наказаны» таким же образом. В результате появились представления о связанном с бессознательными представлениями «комплексе кастрации» у мальчиков и о «зависти к пенису» — у девочек.

В принципе, любой тип характера можно было бы интерпретировать как нарциссический тип защиты от реальных, мнимых или фантазийных опасностей. Однако в наиболее значительной степени это характерно для фаллического характера. Люди с фаллическим характером обычно демонстрируют своеобразную беспечность и дерзость, решительную и самоуверенную манеру поведения, определенный нарциссизм и склонность к соперничеству. Но это поведение во многом обусловливается бессознательной защитной реакцией на не преодоленный в детстве страх кастрации. Иногда, обнаружив у ребенка повышенное внимание к собственным гениталиям, «заботливые» взрослые запугивают детей угрозами «отрезать» (другие варианты: «отпадет», «у тех, кто так делает, не бывает детей» и т.д.), хотя этот интерес и последующие мастурбации являются абсолютно нормальной стадией развития зрелой сексуальности.

Переоценка значимости пениса типична для ранней фаллической стадии, и при возникновении точки патологической фиксации в последующем это проявляется в повышенном тщеславии, психическом эксгибиционизме и чрезмерной чувствительности. Человек с таким характером живет в предвосхищении нападок на себя и потому предпочитает нападать первым. Его агрессивность и провоцирующее поведение выражается скорее не в словах и даже не в поступках, а в манере говорить и действовать. А неприятие зависимого положения и стремление к доминированию основываются все на том же страхе («кастрации» в ее метафорическом смысле), которой противопоставляется показная гипермаскулинность (твердость, решительность, жестокость). Тем не менее в целом мужчины фаллического типа несут в себе определенную «женскую» идентичность, а их поведенческие паттерны не столько отрицают, сколько отражают стремление скрыть это. Обычно такие люди легко производят впечатление на окружающих, сексуально привлекательны и достаточно успешны в жизни и в карьере. Они социально активны, энергичны, импульсивны, обычно достигают того, чего



Жак-Луи Давид.
Наполеон на перевале
Сен-Бернар. 1800

хотят. Однако за их стремлением к удаче всегда обнаруживается страх потерпеть фиаско. При выраженном фаллически-нарциссическом развитии в межличностных и сексуальных отношениях они ведут себя так, словно обладают огромной энергией и потенцией, любят «делиться» своими успехами и победами с окружающими, демонстрируя определенный эксгибиционизм. Тем не менее их способность получать удовольствие от жизни, общения, работы или секса почти всегда снижена. Образно говоря, энергия либидо обильно расточается вовне, а удовлетворения от разрядки не наступает, что обуславливает бесконечную погоню за удовлетворением.

Поведение женщин с фаллической организацией личности мотивированы фиксацией на «зависти» к пенису, которая определяет их бессознательное стремление к доминированию как в сексуальных, так и в межличностных отношениях.

Только адекватное преодоление фаллической фазы развития, одним из существенных факторов которого является полная семья (обладающая достаточной психологической культурой), позволяет преодолеть амбивалентность межличностных и сексуальных установок ребенка и создает основу для зрелых любовных отношений. Способность к нормальной разрядке психического и (или) сексуального возбуждения предотвращает формирование реактивных образований и увеличивает возможности для сублимации. В этом случае вместо бесконечного *страха лишения* и запрета на эмоциональную жизнь Эго обретает способность к естественному выражению влечений и получению удовольствия от жизни.

16.5. Истерический характер

Психоанализ начал свою историю с изучения истерии и затем постоянно возвращался к этой проблеме. Как уже отмечалось во введении, вначале основное внимание сосредоточилось на описании симптомов истерии. Однако затем было обосновано, что между истерической личностью и пациентами, страдающими от истерической симптоматики, существуют принципиальные различия. Истерическая симптоматика может обнаруживаться у лиц с самой разной психологической структурой, в том числе и истерической, но истерический характер — это нечто иное.



Анри де Тулуз-Лотрек. Танец в Мулен-Руж. 1890

Истерический характер может встречаться у людей без частых или явных истерических симптомов, но фактически постоянно функционирующих на основе тех же механизмов, которые их вызывают. Ядром истерической личности (по Т. Лемперьеру) является *«истероидность»*, которая обуславливает *чрезмерную реактивность, склонность к манипулированию ближайшим окружением и демонстрации зависимости от него в сочетании со стабильно сексуально провоцирующим поведением*. При этом истероидное ядро у мужчин всегда проявляется более ярко, чем у женщин.

В последующем это описание было дополнено рядом других клинических наблюдений, которые позволили выделить несколько дополнительных (доминирующих) черт истероидной личности, в частности эмоциональную лабильность, эротизацию всех социальных отношений и эгоцентризм, повышенную внушаемость и эксгибиционистские тенденции. Характерно, что такие женщины, демонстрируя гиперсексуальность, на самом деле во многих случаях отличаются сексуальной холодностью и заторможенностью. Отто Фенихель интерпретировал это как конфликт между интенсивным страхом сексуальности и не менее интенсивным, но подавленным сексуальным влечением. В любом случае проблематика любви и сексуальности всегда является ведущей у таких пациентов.

В психоаналитических описаниях истерии особое внимание уделяется неразрешенным эдиповым конфликтам, а в качестве основного механизма защиты от конфликта указывается вытеснение. Истерия редко встречается у детей младше 4 лет; ее первые признаки обычно проявляются между 5—8 годами и достигают «пика» в предпубертатный период. Одним из важнейших факторов формирования истерического характера является инцестуозный семейный климат (в большинстве случаев исключительно на психологическом уровне), когда ребенок отвергается одним из родителей (например, девочка — матерью) и одновременно оказывается нежно любимым (и соответственно как бы соблазняемым) другим. Чаще всего речь идет о так называемых «мягких инцестуозных отношениях», которые реализуются, например, в форме относительно эротизированной интеллектуальной близости отца и дочери при материнской недостаточности или при отсутствии матери. По обоснованным данным, в 61% изученных случаев истерии отношения между матерью и дочерью определялись как холодные, пренебрежительные или соперничающие. В этом случае даже грозный, пугающий, но любящий отец создает инцестуозный конфликт притяжения-отталкивания. Практически все авторы отмечали значимость идеализации образа отца в формировании истерической структуры. Мальчики, выросшие в неполных семьях, где недостаточно хорошие матери в «воспитательных» целях полупрезрительно отзывались о них, противопоставляя их «настоящим мужчинам», также могут демонстрировать развитие истерического характера.

16.6. Депрессивно-мазохистический характер

В целом депрессивно-мазохистический характер можно было бы определить как регресс в пассивность, основы которого формируются на самых

ранних стадиях развития. По Р. Берлинеру, самым главным фактором развития депрессивно-мазохистической организации личности является конфликт между потребностью ребенка быть любимым и опытом страдания от рук объекта любви. Вторым существенным фактором является материнская экстернализация (в данном случае перенос ответственности) на ребенка своих неудач в семейной или профессиональной жизни. Ребенок исходно чувствует себя нелюбимым, нежеланным, а в более позднем возрасте у него формируется защитная идея: «Я так плох (некрасив, неприятен, глуп), что меня невозможно любить». В любом случае, ощущая свою пол-



Гвидо Рени. Святой Себастьян. Ок. 1615

ную зависимость от матери и потребность в эмоциональном контакте с ней, такие дети одновременно испытывают свою неспособность как-либо влиять на их отношения, которые остаются стабильно отстраненными. Ребенок нуждается в телесном и эмоциональном контакте, который создает у него ощущение безопасности, но в данном случае безопасность можно найти только в болезненных отношениях с матерью, в отношениях, ассоциирующихся с болью (и нет никаких других). Именно этот тип объектных отношений интроецируется ребенком и затем проявляется в «цеплении за несчастья, неудачи и вину» на всех этапах его жизни. Формирование депрессивно-мазохистического характера обычно происходит в доэдипальный период развития ребенка и, как правило, связывается со стадией тоддлера («самостоя-

тельного малыша» в возрасте от 1 года до 3 лет). Ребенок проявляет в этот период повышенную активность и некоторую агрессивность в познании окружающего мира. Если мать погружена в свои заботы и переживания и испытывает определенные трудности с контейнированием его эмоций и агрессии, у ребенка появляется дополнительный стимул формирования депрессивно-мазохистического паттерна поведения, который отражает попытку защиты от деструктивных желаний, направленных на мать, путем ее идеализации, и обращении агрессии на себя. Формируется «страдательное состояние», не предполагающее никакого противодействия — покорное, неактивное, инертное. На поведенческом уровне это проявляется в хроническом ощущении страдания, в тенденции бесконечно искать сочувствия и жаловаться, в склонности к самобичеванию. Самостоятельным фактором являются трудности в выражении агрессии.

Депрессивно-мазохистическая структура личности — это итоговый результат ранних переживаний, связанных с ситуацией, когда стремления утвердить себя, свою независимость и право подавлены. Причем наградой за абсолютное подчинение и послушание («незаметность») служит одобрение, а проявление активности и отстаивание своих желаний ведет к неодобрению. Разрешение этого конфликта идет через формирование ин-

фантильной фантазии об абсолютном совершенстве матери и собственной никчемности. Подчинение ребенка угрожающей среде осуществляется путем создания фантазийного образа любящей и защищающей совершенной матери и обращения агрессии против себя («виноватого»). Становясь плохим, ребенок на самом деле принимает на себя бремя «плохости», заключенной в его объекте привязанности. Но только это дает ему хоть какое-то иллюзорное чувство безопасности. Естественно, что все эти феномены проявляются и в терапии.

16.7. Шизоидный характер

Прежде чем перейти к описанию шизоидного характера, целесообразно кратко изложить современную концепцию шизофрении. Этим наименованием объединяется группа психических расстройств, протекающих с выраженными нарушениями восприятия внешнего мира, межличностных отношений, мышления, поведения и эмоциональных реакций личности. Впервые это расстройство было описано французским психиатром Бенедиктом Морелем в 1857 г. под названием раннего слабоумия (*dementia praecox*), при котором постепенно утрачивается чувство реальности. Это название на какой-то период укрепилось в классификации психических расстройств Эмиля Крепелина (1898), и только в 1911 г. швейцарский психиатр Ойген Блейлер ввел термин «*шизофрения*» (от др.-греч. σχίζω — «раскалываю» и φρέν — «ум»; «расщепление ума»), который используется до настоящего времени. Принципиальным отличием концепции Блейлера было то, что деменция — это не самый характерный признак, она не всегда является ранней и совсем не обязательно — полной. Кроме того, чувство реальности у таких пациентов также не утрачивается полностью, а отсутствует только в отношении определенных вещей (и объектов), которые находятся в противоречии с их влечениями и комплексами.

Отметим, что при обосновании термина «шизофрения» Блейлер исходил из психоаналитической парадигмы развития психозов, в рамках которой феномен расщепления рассматривается в качестве одного из ключевых механизмов. По Фрейду, расщепление характеризуется тем, что внутри Я как бы сосуществуют две психические установки по отношению к внешней реальности; при этом одна из них учитывает реальность, а вторая — игнорирует ее, повинаясь влечениям; несмотря на то что эти две установки «сосуществуют», они не оказывают друг на друга никакого влияния.

Основные симптомы клинической шизофрении включают пять групп:

- 1) снижение общего уровня функционирования личности;
- 2) интеллектуальное уплощение и ложные идеи отношений (в том числе бред);
- 3) разорванность, беспорядочность или чрезмерная обстоятельность мышления и речи;
- 4) различные нарушения восприятия реальности (в том числе галлюцинации);
- 5) аффективные изменения, т.е. обеднение, притупление или неадекватность эмоций, эмоциональная лабильность, спонтанная агрессивность и т.д.

Все эти признаки в той или иной степени, за исключением серьезных нарушений в форме галлюцинаций и бреда, встречаются и при шизоидном характере. Как отмечали многие авторы, различия в эмоциональной жизни пациентов, страдающих клиническими формами шизофрении, от тех, кто демонстрирует шизоидный характер без ярко выраженных симптомов, — это только вопрос степени выраженности одного и того же психического расстройства.

Характерной особенностью таких пациентов является то, что внутренний мир приобретает особую значимость, человек «уходит в себя», что в психиатрии именуется аутизмом, аналогом которого в психоанализе является аутоэротизм — «отключение» энергии либидо от внешнего мира и перенаправление ее в интрапсихическую сферу (на себя). Общим для всех форм этого страдания является неспособность к объектной любви. Чаще всего у этих людей никогда не было такой способности, точнее — обстоятельств, которые могли бы способствовать формированию этой способности.

На протяжении почти всего XX в. в психиатрии формировались различные теории этиологии и патогенеза шизофрении. В частности, наиболее популярными были гипотезы, связанные с психической конституцией личности и нарушениями гормонального фона. Параллельно осуществлялись поиски вирусов и бактерий шизофрении, но в конце 1980-х гг. эти исследования были прекращены как бесперспективные. В психоанализе еще в первой половине XX в. было признано, что шизоидная структура личности является следствием серьезных нарушений в отношениях между матерью и ребенком, начиная с самых ранних и на протяжении всех последующих стадий его развития. Эта гипотеза в последующем была подтверждена клиническими исследованиями и получила наименование концепции *«шизофреногенной матери»*, введенной в научный оборот Фридой Фромм-Рейчман в 1948 г.

Шизофреногенная мать описывается как холодный, доминирующий и безучастный к эмоциональным, а затем и духовным потребностям ребенка объект. Она может быть чрезвычайно заботливой в удовлетворении физиологических запросов ребенка, постоянно подчеркивать свое жертвенное отношение к нему, но на самом деле рассматривает свое чадо как способ удовлетворения собственных амбиций и потребностей. Ее любовь всегда чем-то обусловлена и зависит от того, насколько ребенок хорош, здоров, послушен, воспитан, талантлив и т.д. Она не просто заботится, а реализует свою потребность контролировать все его желания и всю его жизнь, невзирая на его собственные желания и потребности. Она считает себя безупречной матерью и требует, чтобы он был таким же безупречным (но исключительно в рамках ее представлений) ребенком. Демонстрируя гиперопеку и одновременно отвергая ребенка как самостоятельную личность, она дезорганизует его психическое развитие. Фактически реальные объектные отношения и связи не развиваются, и не происходит адекватного структурирования Эго ребенка, что затем проявляется в процессе всех попыток его установления объектных отношений с другими людьми. Как отмечали многие авторы, первичный конфликт шизоидных личностей связан с понятиями



Ансельм Фейербах. Медея. 1870

близости и дистанции, любви и страха. Не в силах справиться с подавляющим его волю объектом, ребенок уступает позиции и отказывается от внешнего мира ради безопасности, которую обещает всемогущая мать.

Период сепарации-индивидуации при таком типе воспитания протекает не как естественный рост и развитие, а как насильственный, агрессивный и деструктивный разрыв, к которому ребенок не стремится, а скорее противодействует ему, регрессируя вплоть до оральных проявлений. Отсутствие нормальных объектных отношений и бесконечная травматизация невозможностью получить эмоциональный отклик со стороны матери вынуждают ребенка искать другие объекты, однако в условиях сверхконтроля и гиперопеки эти объекты находятся только внутри субъекта. Происходит «расщепление» Эго на часть, контактирующую с внешним миром, и на другую часть, которая уходит во внутренний мир. Возникает «шизоидный уход», а контакт с внешним миром становится дефектным и определяется проекцией частичных и сверхупрощенных образов объекта.

Все клинические наблюдения, посвященные шизоидным личностям, демонстрируют их оральные фиксации и легкость регресса к этой фазе развития. Неспособность и нежелание учитывать интересы других составляют стабильную характеристику всех их объектных отношений. В их бессознательном восприятии объекты просто не могут иметь собственных интересов: их единственная задача, чего бы им это не стоило, состоит в удовлетворении потребностей шизоидного субъекта. При этом формируется, по определению Микаэла Балинта, «*филобатическое восприятие мира*», при котором объекты воспринимаются либо как опасные и непредсказуемые, либо как предметы снаряжения, которыми можно как угодно распоряжаться, использовать, оставить или складировать в каком-то месте. Одной из основных проблем шизоидной личности является неспособность любить и устанавливать реальные связи с объектами. Даже наиболее устойчивые отношения остаются у них эмоционально нейтральными или чисто рациональными. Это позволяет поддерживать хоть какую-то связь с чуждым им внешним миром, несмотря на значительную степень утраты витальных чувств.

На поведенческом уровне такие личности демонстрируют замкнутость, отгороженность, неспособность и нежелание устанавливать близкие отношения, отсутствие друзей. Нередко встречается сочетание самых про-

тиворечивых характерных особенностей и форм поведения — холодности и утонченной чувствительности, упрямства и податливости, настороженности и легковерия, выраженной апатии и предельной целеустремленности, необщительности и назойливости, застенчивости и бестактности, чрезмерных привязанностей и немотивированных антипатий, поведенческих штампов и нелогичных поступков, богатства внутреннего мира и бесцветности его внешних проявлений.

Их внутренний мир почти всегда закрыт от посторонних взоров. Характерны также совершенно непонятные и неожиданные для окружающих высказывания и поступки, которые могут носить оттенок чудачества, но шизоиды в отличие от истероидов при этом вовсе не преследуют цели привлечь к себе внимание. Их увлечения нередко отличаются необычностью и устойчивостью. Выбор интеллектуальных занятий обычно строго ограничивается конкретной областью знаний или даже темой — философской, исторической или религиозной. В целом неспособные и не склонные к установлению каких-либо объектных отношений, они могут неожиданно для себя и для других проявить сексуальную активность в грубых или противоестественных формах. Установление клинического диагноза в большинстве случаев происходит только при столкновении с законом.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение орального характера.
2. Укажите на основные отличия анального и орального характера.
3. Опишите определение шизофреногенной матери.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. Блум, Г. Психоаналитические теории личности : пер. с англ. — М. : КСП, 1996. — С. 203—230.
2. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе : пер. с англ. — М. : Класс, 2001. — С. 191—444.
3. Кернберг, О. Ф. Агрессия при расстройствах личности : пер. с англ. — М. : Класс, 1998. — С. 34—59.

Дополнительная

Фрейд, З. Характер и анальная эротика // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 7. Навязчивость, паранойя и пerversия. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 23—31.

Глава 17

НАРЦИССИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- историю развития представлений о нарциссической личности;
- определение нарциссических стратегий, состояний и черт личности;
- диагностические критерии нарциссического расстройства личности;

уметь

- различать нормальные и патологические нарциссические проявления;
- приводить примеры нарциссических стратегий и нарциссических состояний;

владеть навыками

- распознавания различных проявлений поведенческого нарциссизма;
- объяснения специфики патологического нарциссизма;

быть компетентным

- в дифференциации нормальных и патологических нарциссических феноменов.
-

Настоящий раздел также относится к психоаналитической характерологии, но, учитывая его особую значимость и все более широкую распространенность в современном обществе и культуре, авторы посвятили феномену нарциссизма отдельную главу.

Нарциссизм — личностный феномен, развивающийся с младенчества на протяжении всей жизни и связанный у взрослого человека с поддержанием самоуважения и самооценки; нарциссические состояния, стратегии и черты личности являются факторами психической регуляции и могут находиться в пределах нормы. К области патологического нарциссизма относится стабильная личностная структура, основанная на поддержании самоуважения путем постоянного получения внешнего одобрения («нарциссическая личность»). Необходимо учитывать, что нарциссические пациенты могут функционировать на разных уровнях; более проблемные оказываются ближе к пограничной структуре личности, в то время как на более высоком уровне функционирования нарциссический пациент будет ближе к невротическому пациенту.

17.1. Развитие представлений о нарциссизме

Термин «*нарциссизм*» ввел в 1898 г. Хэвлок Эллис, английский врач, стоящий у истоков сексологии, для описания сексуальной перверсии, при которой человек относится к собственному телу как к объекту сексуаль-

ного интереса. Из греческой мифологии мы знаем, что Нарцисс был прекрасным юношей, который влюбился в свое отражение в водной глади, был не в силах оторваться от созерцания собственного образа и умер от любви к себе.

Основатель психоанализа Зигмунд Фрейд уже в своих ранних работах придает термину новый смысл, а в 1914 г. публикует статью «О нарцизме», в которой обосновывает, что этот феномен занимает законное место в процессе естественного и здорового психического развития личности. Фрейд разрабатывал представление о нарциссизме в рамках метапсихологии (общей системы понятий и принципов, описывающей психическую деятельность человека) и в рамках своей клинической теории (объяснения наблюдаемых в процессе клинической практики феноменов).

На уровне метапсихологии Фрейд говорит о нарциссизме в связи с либидо, психической энергией человека. Он дает определение двум концепциям: «абсолютный первичный нарциссизм» (состояние в раннем периоде младенчества, когда либидо младенца полностью обращено на себя) и «вторичный нарциссизм» (изъятие либидо из отношений с объектами и повторное обращение его на себя).

Клиническая теория нарциссизма создавалась на основании практических наблюдений: Фрейд перечисляет клинические факты, которые доказывают существование нарциссизма как психологического феномена, и приводит иллюстрации для подтверждения своей позиции. В 1915 г. Фрейд вводит понятие «*нарциссический невроз*», при котором человек полностью концентрирует свой интерес на самом себе. Согласно Фрейду характерным признаком нарциссических неврозов является отсутствие трансфера (переноса) на аналитика, поэтому психоанализ таких пациентов представляет значительные трудности.

Необходимо заметить, что в дальнейшем эти клинические представления подверглись пересмотру: сейчас психоаналитики не только по-другому определяют понятие нарциссической личности, но и работают с нарциссическим трансфером. Термин «нарциссизм» применяется сейчас преимущественно для описания особого рода комплекса отношений пациента к самому себе и к объектам. Такие понятия как нарциссическое расстройство личности, нарциссическое состояние, нарциссическая регуляция и т.д., используются с целью осмысления процессов, структур и взаимосвязей, наблюдаемых в клинической практике.

17.2. Здоровый нарциссизм и нарушения его развития: влияние ранних отношений

Нормальный нарциссизм взрослого может быть определен как адаптивный способ регуляции его самооценки. Он связан со стабильностью представления личности о себе и способностью к устойчивым и длительным межличностным отношениям. Исходно нормальная самооценка базируется на позитивных чувствах телесного самоощущения, включая здоровье и внешность, а также опыт комфортного и безопасного общения в раннем

возрасте, что ведет к развитию способности удовлетворять нарциссические запросы ребенка и их соотносительность с нарциссическими запросами других людей. Дополнительным источником нормальной регуляции самооценки является адекватное развитие Супер-Эго (усвоение социальных норм, запретов и сформированной системы идеалов и совести), которое отслеживает поведение человека и обеспечивает внутреннее одобрение его поступкам. В последующем чувства интеллектуального соответствия сверстникам, усвоение знаний и навыков, а также ощущение безопасности общения вносят наиболее существенный вклад в регуляцию самооценки.

Однако формирование всех этих факторов начинается в раннем детстве, когда ребенок нуждается в абсолютном и безусловном принятии, восхищении и поддержке. Через поддержку естественной грандиозности ребенка родители (прежде всего, достаточно хорошая мать) позволяют ему переживать фантазийное всемогущество. Одновременно, в результате получения именно такого отношения, ребенок идеализирует своих родителей, а готовность родителей принимать и поддерживать эту идеализацию позволяет ребенку избежать травмирующего переживания собственной беспомощности. Во многом именно способность родителей функционировать в качестве идеализируемых объектов, отражающих и воспринимающих потребности ребенка, способствует здоровому развитию личности. В случае если этот процесс нарушается, формируется своеобразный нарциссический голод, провоцирующий поиск внешней «подпитки» на протяжении всей последующей жизни.

Существуют различные варианты нарушения этих ранних отношений. Наиболее патогенным объектом является *«холодная мать»*, которая неспособна давать ребенку любовь и принятие и использует его в качестве своеобразного «придатка» собственной личности (ее «нарциссического расширения» — способа реализации ее амбиций, желаний и стремлений). Такой ребенок должен быть только «особенным», только «лучшим». При этом мать (или оба родителя) воспринимает его не как отдельную личность, а как носителя определенной функции. Необходимо отметить как вполне нормальное явление, что многие родители сочетают в своих установках искреннюю любовь к детям и компенсацию своих собственных нарциссических потребностей. Например, заботливая и любящая мать, безусловно, будет испытывать нарциссическую гордость, если ее дочь станет лучшей ученицей в классе (особенно если мать сама таковой не была). Другое дело, если дочь чувствует, что мать любит ее только в качестве «хорошей девочки» (приносящей отличные оценки) и отрицает ее во всех остальных вариантах. Именно в этом случае говорится об использовании ребенка в качестве нарциссического расширения собственной личности.

Повторим еще раз: самыми важными являются ранние отношения ребенка с родителями, которые оказывают решающее влияние на дальнейшее развитие его объектных отношений и самооценки и приводят либо к формированию здоровой системы нарциссической саморегуляции, либо к возникновению определенных нарушений, вплоть до формирования устойчивой патологической структуры — «нарциссической личности».

Личность может быть нарциссичной в большей или меньшей степени, поэтому современные взгляды на нарциссизм предполагают рассмотрение его в качестве непрерывного континуума и классификацию этого феномена в диапазоне от нормальных до патологических форм. *Нарциссизм в пределах психической нормы* отражает неосознаваемые представления личности о себе и может быть градуирован по уровню выраженности нарциссических черт, проявлениям нарциссических состояний и аналогичных стратегий поведения.

17.3. Оптимальный нарциссизм взрослой личности

Согласно современным подходам нарциссические способы регуляции представлений личности о себе являются самостоятельными единицами, обеспечивающими психическое здоровье человека. В норме эти факторы регулируют и поддерживают оптимальный уровень нарциссизма, который проявляется как способность адекватно воспринимать свои силы и возможности, реализовывать их, прощать себе свои ошибки, извлекать необходимые уроки из неудач и тем самым увеличивать свой жизненный потенциал. Таким образом, оптимальный нарциссизм представляет собой динамическое образование (равновесие), которое невозможно раз и навсегда «сформировать» или «достигнуть» и необходимо постоянно поддерживать.

17.4. Нарциссические стратегии личности

Нарциссические стратегии личности также могут быть нормальными или патологическими — в зависимости от степени их выраженности. В перечне таких стратегий следует упомянуть обоснованные или необоснованные претензии на лидерство и авторитетность, реальное или мнимое чувство собственного превосходства, которые направлены на поддержание позитивных представлений личности о себе. В случаях выраженных нарциссических черт и состояний проявляется склонность к самолюбованию, надменности, неадекватный уровень притязаний, склонность использовать других для поддержания своей самооценки (например, путем рассказов о своих близких отношениях с выдающимися людьми или предъявления фото с ними). Появление таких стратегий свидетельствует о наличии определенного дисбаланса в системе психической саморегуляции, но далеко не всегда является патологическим. В нормальных вариантах эти стратегии могут проявляться как некая временная мера поддержания внутреннего равновесия в неблагоприятных или резко изменившихся условиях. Например, при попадании в непривычное окружение не слишком общительный человек может демонстрировать нарциссические (в данном случае защитные) стратегии отстраненности и высокомерного превосходства, обычно ему несвойственные; однако, по мере того как ситуация начинает восприниматься им как безопасная, он отказывается от этих стратегий.

17.5. Нарциссические состояния

Центральным симптомом нарушенного функционирования нарциссических способов регуляции являются нарциссические состояния, которые проявляются повышенным напряжением и тревогой и свидетельствуют о наличии неудовлетворенной потребности сохранить самоуважение в противостоянии обстоятельствам. Нарциссическое состояние может быть более или менее длительным; оно может охватывать многие аспекты жизни и межличностных отношений, но не являться симптомом наличия злокачественного (патологического) нарциссизма личности как устойчивого конструкта. Например, можно в течение довольно длительного времени наблюдать нарциссическое состояние человека, переживающего *нарциссическую рану*, например уход мужа или жены; однако это состояние может оказаться обратимым; далеко не во всех случаях оно будет показателем нарциссической патологии данной личности.

17.6. Нарциссические черты личности

Нарциссические черты личности, как и любые другие черты личности, характеризуются стабильностью и определенной независимостью от внешних обстоятельств. Они проявляются практически во всех поведенческих реакциях. Наиболее типичные варианты приведены ниже.

1. Поведение, связанное с компенсаторным величием, которое включает фантазии грандиозности или претензии на уникальность собственной личности; некритичная потребность в постоянном внимании и восхищении; эксгибиционистские тенденции; завышенные требования к предметам интерьера и имущества (квартиры, автомобиля и т.д. — должно быть все лучшее); жеманство, устойчиво проявляющееся в манерах, одежде, словах.

2. Поведение, прямо связанное с незначительностью (ничтожностью) внутреннего «образа Я», включающее в себя: ипохондрию как физическое выражение слабости образа «телесного Я»; возникающие по незначительным поводам чувство стыда или унижения. При столкновении с фрустрацией потребностей или неспособностью адекватного реагирования у нарциссической личности могут проявляться ярость и агрессия.

3. Поведение, связанное с межличностными отношениями, демонстрирует отсутствие эмпатии; претензии на свою «особость» в сочетании с неспособностью ценить и уважать интересы и потребности других людей; необязательность, зависть и обесценивание (вплоть до уничтожения) чужих достижений.

4. Поведение в сексуальной сфере достаточно часто проявляется в «донжуанстве» — потребности в многочисленных сексуальных победах при отсутствии любви и даже уважения к партнеру, что в ряде случаев сочетается с оскорблениями и мстительностью в случае ответного равнодушия.

5. Поведение, связанное с работой (учебой), обычно характеризуется некоторыми успехами вначале с последующей заурядностью, хотя иногда

могут проявляться всплески необычных идей; однако по мере длительных занятий одним и тем же делом нарастает чувство пустоты и скуки, и снижается интерес к работе как таковой. Любая деятельность для нарциссической личности направлена прежде всего на получение похвалы и восхищения от окружающих, а если этого не происходит, она утрачивает смысл. Собственного (внутреннего) чувства удовлетворения не возникает даже после хорошо выполненной работы.

6. В эмоциональном фоне преобладают резкие перепады настроения (от депрессивных состояний до «всплесков» гипоманиакальности), которые зависят исключительно от внешних событий и в целом отражают неустойчивость самооценки.

7. В поведении, связанном с ограничениями морально-нравственного порядка (требованиями Супер-Эго), достаточно часто наблюдается отсутствие угрызений совести при попытках присвоить чужие достижения, чужую интеллектуальную или материальную собственность; перфекционизм (устойчивая потребность казаться совершенством в любых делах), а когда это не удается, может проявиться склонность к самодеструктивному поведению (алкоголизму, наркомании и другим видам аддикции).

Таким образом, *нарциссические черты личности* — это устойчивые, повторяющиеся в различных ситуациях особенности поведения в пределах психической нормы, которые входят в структуру нарциссического расстройства личности, но не достигают уровня, необходимого для диагностики патологического нарциссизма.

17.7. Патологический нарциссизм

Патологический нарциссизм отличается от нормального прежде всего уровнем проявления психической деформации личности. Ресурсы самооценки, которые имеются при нормальном нарциссизме, в этом случае предельно истощены, а Супер-Эго не интегрировано и чрезвычайно примитивно. В результате для компенсации ощущения собственной уязвимости бессознательно (интрапсихически) формируется качественно новая структура — «грандиозная самость», отражающая идеализированные представления о собственном величии. Такая личность воспринимает себя и окружающих людей преимущественно в терминах полярностей: гениальный или глупый, блистательный или ничтожный, совершенство или никчемность и т.д. При этом себе во всех случаях приписывается «грандиозный» полюс, а вся «никчемность» проецируется на окружающих. Негативные аспекты собственной личности вытесняются, что блокирует усвоение опыта и личностное развитие.

Потребность в любви и восхищении окружающих приобретает навязчивый характер, а противоречия между всегда преувеличенными представлениями о собственной значимости и оценками ближайшего социума провоцируют периодически возникающее, но тщательно скрываемое даже от самого себя чувство неполноценности. Они не способны быть в положении зависимости от кого бы то ни было, поскольку в глубине души никому

не доверяют, обесценивая всех людей. На поддержание представлений о собственном превосходстве затрачивается множество усилий и материальных средств, включая попытки сближения с выдающимися людьми, участие в различных светских мероприятиях, демонстрацию своих дружб и знакомств, но во всех этих проявлениях нет глубокой заинтересованности и искреннего расположения к другим.

Любая критика воспринимается этими людьми чрезвычайно болезненно. Самое сложное для нарциссической личности — быть обыкновенным человеком со своими достоинствами и недостатками, сильными и слабыми сторонами.

В современном мире наблюдается значительное увеличение удельного веса нарциссических расстройств личности, которые среди 20-летних встречаются втрое чаще, чем у поколения 1980-х гг. Масштабы этих изменений позволяют ряду исследователей говорить о «нарциссическом обществе» или «нарциссической культуре», в которой нарциссическая патология становится все более распространенным явлением. В конце XX в. диагностическая категория «нарциссическое расстройство личности», впервые описанная в психоанализе, была включена в третью версию классификатора «Диагностическое и статистическое руководство по психиатрическим заболеваниям» (DSM-III) в качестве «других специфических нарушений личности». Согласно последней версии (DSM-IV) диагноз нарциссического расстройства личности может быть установлен при наличии пяти и более из девяти устойчивых признаков, наблюдаемых на протяжении не менее полугода:

- 1) наличие грандиозного самомнения;
- 2) поглощенность фантазиями о неограниченном успехе, власти, великолепии, красоте или идеальной любви;
- 3) вера в свою «исключительность», вера в то, что должен дружить и может быть понят лишь себе подобными «исключительными» или занимающими высокое положение людьми;
- 4) потребность в чрезмерном восхищении окружающих;
- 5) ощущение, что имеет какие-то особые права;
- 6) склонность к «эксплуатации» других людей;
- 7) неспособность к сочувствию другим;
- 8) часто завидует другим и верит, что другие завидуют ему;
- 9) демонстрирует высокомерное, надменное поведение или отношение.

Нужно отметить, что нарциссические личности крайне редко испытывают осознанную необходимость обращения за терапевтической помощью. Нарциссические стратегии позволяют им на протяжении достаточно длительного времени поддерживать позитивное представление о себе у окружающих; многие из них относительно успешно функционируют на высоком уровне социальной адаптации и внешне выглядят вполне эффективными. Только истощение нарциссических стратегий и крушение карьеры или надежд на нарциссическое удовлетворение с уходом в депрессию «непризнания» приводят к обращению к психологу или психоаналитику.

17.8. Нарциссический пациент

Естественно, что все описанные выше особенности нарциссической личности в полной мере проявляются и в процессе терапии. Современные авторы выделяют несколько специфических областей психосоциального функционирования, которые стабильно присутствуют в материале таких пациентов:

1. *Представление о себе*, которое обязательно включает в себя чувство грандиозности, фантазии о выдающихся успехах, своей уникальности и избранности. Однако одновременно присутствуют и косвенно проявляются в терапии скрытые черты представлений о себе — мысли о своей неполноценности, сомнения в своих достижениях, подавленная склонность к ощущению стыда;

2. *Межличностные отношения*. Пациенты стремятся к получению восхищения от других людей и в то же время завидуют окружающим. Они не способны к отношениям, включающим в себя зависимость;

3. *Социальная адаптация*. Пациенты могут казаться очаровательными в социальных контактах и преисполненными амбиций, но за этим часто скрывается мучительное ощущение бессмысленности и хроническая скука;

4. *Этика, стандарты и идеалы*. Пациенты на внешнем уровне демонстрируют преувеличенную честность, презрение к материальным интересам и «высокоморальные» установки (особенно в социально-политических областях). Скрытые аспекты включают в себя лживость и способность быстро менять свои ценности ради чьего-нибудь одобрения или материальной выгоды;

5. *Любовь и сексуальность*. Пациенты бывают холодно-соблазнительны, изменяют супругам, часто вовлекаются в промискуитетное поведение, но не могут воспринимать своих партнеров как действительно отдельных от них индивидов, их «любовь» недолговечна;

6. *Когнитивный стиль*. Пациенты стремятся продемонстрировать свою образованность, им свойственна самоуверенность в выражении мнений, но зачастую их знания сугубо тривиальны.

Данная картина описывает «типичного» индивида с нарциссической организацией личности. Как уже отмечалось, нарциссические пациенты могут функционировать на разных уровнях; более нарушенные оказываются ближе к пограничной структуре личности, в то время как на более высоком уровне функционирования нарциссический пациент будет ближе к невротическому пациенту.

Пациент с патологическим нарциссизмом на приеме у аналитика часто утверждает, что «проблема не в нем»: окружающие просто не способны его понять либо завидуют его красоте, богатству, выдающимся интеллектуальным способностям и т.д. В современной литературе описываются специфические паттерны речи, характерные для нарциссических пациентов: это часто повторяющиеся эпитеты, подчеркивающие исключительность пациента; постоянные упоминания его связей с влиятельными или знаменитыми людьми (на которых проецируется грандиозность пациента); уничижающие ремарки в адрес окружающих или аналитика (на которых проецируется никчемность и уязвимость).

Среди чувств, которые выражает нарциссический пациент, обычно отсутствуют такие типичные для других людей чувства, как раскаяние и благодарность. То и другое означало бы отказ от грандиозности и признание себя человеком, способным совершать ошибки и зависеть от других людей, а для нарциссической личности это недопустимо. В начале терапии нарциссический пациент стремится произвести впечатление на аналитика; по мере развития терапии аналитик столкнется с такими чувствами пациента, как жадность, зависть, сильнейшая ярость (если что-то угрожает его грандиозности) и стыд (если обнаружена его уязвимость).

Нарциссический пациент вступает с психоаналитиком в такие же отношения, как и с другими людьми в своем окружении: он либо идеализирует его (проецируя на него свою грандиозность), либо обесценивает (проецируя свою уязвимость). При идеализации пациент уверен, что его аналитик — самый компетентный, умный, во всех отношениях выдающийся специалист. Если же он обесценивает аналитика, то считает его никчемным, бесполезным, глупым и непривлекательным. Пациенты с другой структурой личности (например, невротического уровня) в переносе (трансфере) воспринимают аналитика как отцовскую либо материнскую фигуру, т.е. проецируют на него внешний объект. Но нарциссический пациент проецирует свой трансфер не на внешний объект, а одну из своих внутренних частей — либо грандиозную, либо уязвимую. Аналитик может ощущать пустоту и скуку, а также другие контртрансферные реакции, позволяющие понять, что именно происходит сейчас в терапии.

Психоанализ нарциссического пациента — длительная работа по интеграции его личности, в результате которой он сможет принять себя в качестве «обычного человека» и начнет устанавливать истинные отношения с собой и окружающими людьми.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. В чем заключаются функции нормального нарциссизма? Что такое оптимальный нарциссизм взрослой личности?
2. Что такое нарциссические черты личности? Чем они отличаются от нарциссических стратегий?
3. Назовите критерии нарциссического расстройства личности.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. Кернберг, О. Ф. Тяжелые личностные расстройства : пер. с англ. — М. : Класс, 2000. — С. 227—250.
2. Кернберг, О. Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях : пер. с англ. — М. : Класс, 1998. — С. 89—110.
3. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе : пер. с англ. — М. : Класс, 2010. — С. 219—245.

Дополнительная

Волкан, В. Расширение психоаналитической техники: руководство по психоаналитическому лечению : пер. с англ. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2012. — С. 208—216; 239—269.

Глава 18

ПСИХОАНАЛИЗ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения концепции аффективных расстройств;
- типичные проявления депрессивных состояний;

уметь

- дифференцировать депрессию и биполярное аффективное расстройство;
- характеризовать депрессию с позицией психодинамики и изменений в Я;

владеть навыками

- разъяснения психоаналитических подходов к аффективным расстройствам;

быть компетентным

- в профессиональном анализе аффективных расстройств.
-

Понятием «*аффект*» (от лат. *affectus* — «страсть», «душевное волнение») обозначается внешнее выражение и внутреннее переживание сильных эмоций. Тем не менее существует принципиальное различие между аффектами и эмоциями — *аффекты характеризуются значительной энергетической нагрузкой и тем, что они всегда связаны с какими-то идеями или представлениями*, а эмоции являются простым, независимым и самоценным переживанием удовольствия или неудовольствия. Различают *аффекты разрядки*, которые сопровождают проявления влечений, и *аффекты напряжения*, связанные со сдерживанием реализации влечения. В целом, понятие «аффект» применимо ко всем интенсивным эмоциональным «отзвукам» мощных переживаний.

Фрейд отмечал, что связь аффекта с представлениями не является устойчивой и необходимой; они могут отделяться друг от друга, и тогда аффект может проявляться в «чистом виде». Создателем психоанализа были описаны три варианта преобразования аффекта: 1) механизм обращения аффекта (характерен для конверсионной истерии), когда аффект «обращается» в симптом; 2) механизм смещения аффекта (проявляется при навязчивых состояниях), когда аффект смещается со значимых для психического конфликта представлений на менее значимые или связанные с ним символической связью; 3) механизм преобразования аффекта (при неврозе страха и меланхолии, т.е. депрессии), когда аффект проявляется недифференцируемым страхом или состоянием угнетенности.

Понятием «*аффективные расстройства*» объединяется группа психических расстройств, основные проявления которых связаны с нарушениями

в эмоционально-аффективной сфере. В международной классификации к аффективным расстройствам относятся *депрессия* (униполярное аффективное расстройство) и *биполярное аффективное расстройство*, ранее обозначавшееся как «маниакально-депрессивный психоз». Во втором случае депрессивные эпизоды сочетаются с периодами маниакальных или гипоманиакальных состояний, длящихся от 2 недель до 4—5 месяцев.

В некоторых случаях к аффективным расстройствам относят также интенсивные проявления неуместных эмоций, например страха, тревоги, злобы, ярости, восторженности или экстаза, при минимуме или даже отсутствии побуждающих к таким проявлениям факторов. Наиболее частым вариантом аффективных расстройств являются депрессии, поэтому остановимся на этой феноменологии более подробно.

18.1. Депрессии

Депрессия — это психическое расстройство, основными проявлениями которого являются устойчивое снижение настроения и утрата способности переживать радость (*агедония*), а также пессимистический взгляд на собственную личность, внешний мир и будущее в сочетании с двигательной заторможенностью. В большинстве случаев страдание дополняется утратой интереса к общению, учебе, работе и к жизни в целом, а также нарушениями сна. Депрессия относится к наиболее распространенным психическим расстройствам (от 5% в детской и юношеской популяции, до 15% у взрослых).

Под наименованием «*меланхолия*» это психическое расстройство описывалось врачами начиная с античных времен. В это же время была установлена сезонная периодичность обострений и повышенная метеозависимость таких пациентов. В тех случаях, когда появление депрессии связано с психическими травмами, какими-то конкретными трагическими переживаниями или переутомлением, принято говорить о *реактивной депрессии*. В медицине, если внешних причин для депрессии не установлено или они неочевидны, обычно говорят об *эндогенной* (т.е. возникшей в результате каких-то соматических факторов) *депрессии*, однако то, что эти факторы не установлены, еще не значит, что их не было. Медицинский диагноз депрессии ставится в случае, если длительность упомянутых выше симптомов составляет не менее двух недель. Но, как показывает практика, большинство пациентов обращаются гораздо позднее этого срока. Различают несколько видов депрессии, которые отличаются тяжестью, выраженностью проявления, периодичностью обострений и т.д. Одной из форм депрессии, с которой чаще всего встречаются терапевты, является *дистимия* (от лат. *dis* — приставка «не» и греч. *θυμός* — «энергичность»; «дурное настроение»), которая характеризуется хронически пониженным эмоциональным фоном на протяжении нескольких месяцев или даже лет. По современным данным, число тех, кто хотя бы раз в жизни пережил депрессивный эпизод, составляет около 30%.

Дифференциальная диагностика униполярной депрессии обычно проводится с биполярным аффективным расстройством. В последнем случае,

как уже отмечалось, депрессивные эпизоды периодически сменяются маниакальными или гипоманиакальными состояниями. Эти состояния характеризуются эйфорией, ощущениями прилива сил и энергии, чувством бодрости и духовного подъема в сочетании с взвинченностью, беспокойством и т.д., за которыми могут следовать «светлые» промежутки (интермиссии). В психотерапевтической практике специалисты чаще сталкиваются с доклиническим вариантом биполярного аффективного расстройства, которое получило наименование *циклотимии* и характеризуется частой сменой настроения без ярко выраженных проявлений депрессии или гипомании и без каких-либо проявлений интеллектуального снижения пациентов.

Зигмунд Фрейд и Карл Абрахам впервые связали возникновение депрессии с ситуацией утраты объекта (преимущественно матери, не существенно когда, и независимо от того, была ли утрата реальной или фантазийной). Впоследствии при воздействии провоцирующих (психических, физиологических, экологических и т.д.) негативных факторов возникает регрессия к ранним стадиям психосексуального развития, в данном случае — именно к той стадии, на которой возникла патологическая фиксация, в частности к орально-садистической стадии, когда все влечения младенца концентрируются на материнской груди (первичном и самом важном объекте). Напомним одно из самых известных изречений Фрейда, что два базисных чувства встречаются у материнской груди — любовь и голод. Утрата объекта в первую очередь бьет именно по этим чувствам. С этой точки зрения анорексия, впрочем, как и булимия, может рассматриваться как своеобразный поведенческий эквивалент или конверсионный вариант депрессии.

Вслед за регрессией утраченный объект интроецируется в Эго субъекта, расщепляя его как бы на две части: собственное Эго пациента и часть Эго, которая практически полностью идентифицируется с утраченным объектом (чаще всего с матерью), что, в свою очередь, вызывает фрагментацию и потерю энергии Эго. Супер-Эго реагирует на это тем, что усиливает «давление» на Эго, но в результате утраты интеграции и дифференцированности последнего Эго начинает реагировать на это давление большей частью как Эго утраченного объекта, на который проецируются все негативные и амбивалентные чувства пациента (а «отколовшаяся» часть, принадлежащая собственному Эго субъекта, обедняется и опустошается). Как следствие, негативные чувства, направленные на утраченный объект (воспринимаемый как предательский, гадкий или даже мерзкий), концентрируются на самом себе.

Повторим еще раз, что в психоанализе понятие «объект» может обозначать субъект, часть субъекта (например, такой частичный объект, как материнская грудь) или другой предмет (например, соску) или часть предмета. Но, употребляя термин «объект», мы всегда подразумеваем его особую ценность (вначале для младенца, а затем и для взрослого). Объект всегда связан с влечением или с удовлетворением того или иного влечения, он всегда аффективно окрашен (любовью или ненавистью) и имеет устойчивые с точки зрения реальности или психической реальности признаки.

18.2. Фрейд о меланхолии

В этом разделе представлено краткое изложение одной из наиболее значимых работ З. Фрейда «Скорбь и меланхолия», над которой он работал одиннадцать лет — с 1894 по 1915 г.

Периодические расстройства настроения, когда уместен вопрос «Ты чем-то расстроен?», знакомы каждому человеку. У этих расстройств есть та или иная, обычно рациональная — поддающаяся анализу и объяснению — связь с той или иной ситуацией или психической травмой. В такие периоды человек чувствует или даже демонстрирует снижение общей энергичности, некоторую заторможенность, погруженность в себя, определенное «застывание» на какой-то психотравмирующей теме с явным ограничением интереса ко всем другим, склонность к уединению или, наоборот, обсуждению этой темы с кем-то близким, а иногда и вовсе незнакомым. При этом страдает и работоспособность, и самооценка, но *личность охраняет способность действовать и взаимодействовать с другими, понимать себя и других, включая причины своего плохого настроения*, а также (в рамках сложившейся культуры) старается не проецировать свое состояние на окружающих («это не их проблемы»). Фрейд обозначил это как обычную «скорбь».

В этих случаях, как правило, никому не приходит в голову обращаться к психотерапевту или психологу. И в типичной бытовой ситуации через некоторое время люди забывают и о своем расстройстве, и о ситуации, которая стала его причиной. И даже в тех случаях, когда они продолжают помнить о ней, она уже не вызывает у них ощущений страдания. Такое поведение не воспринимается в качестве патологического, так как у него всегда есть причина и конкретное объяснение.

В отличие от этого меланхолия (в данном случае термин «меланхолия» эквивалентен «тяжелой депрессии») является качественно иным состоянием. Фрейд отмечает прежде всего утрату интереса ко всему внешнему миру, всеобъемлющую заторможенность, неспособность к какой-либо деятельности в сочетании с понижением чувства собственного достоинства, которое выражается в бесконечном потоке упреков и оскорбительных вы-



Хуго Симберг. Раненый ангел. 1903

сказываний *по поводу собственной личности*. В отдельных случаях эта феноменология перерастает в бредоподобное чувство вины и ожидание наказания (за свои реальные или фантазийные прегрешения, которым, по ощущениям пациента, нет прощения). Фрейд называет это «величественным обеднением Я» и отмечает, что если при скорби «мир становится бедным и пустым», то при меланхолии таким становится само Я.

Пациент подает себя как исключительно мерзкого, ни на что не способного, даже отвратительного, и нередко удивляется тому, что терапевт связался и возится с таким недостойным человеком, как он. При этом страх, что терапевт в своем добром отношении неискренен, что он воспринимает пациента столь же негативно и думает о нем так же точно, как и он сам, создает огромное сопротивление переносу и терапии в целом. Начинающему терапевту очень трудно общаться с такими пациентами, особенно если ему незнакомо или непонятно то, как они страдают; вряд ли он сможет выдержать то всеобъемлющее недоверие, нескрывааемый негативизм и пессимизм, которые пациенты будут проецировать на него и его работу. Дополним это примечание тем (и Фрейд также говорит об этом), что совершенно бесполезно разубеждать пациента в том, что это не так, ибо пациент бесконечно уверен, что все обстоит именно таким образом, как он представляет в своем восприятии, в своих установках и в своем рассказе. У терапевта в таких случаях всегда есть опасность совершить «когнитивную ошибку», т.е. попытаться объяснить пациенту, что всему виной его «болезненное воображение». Но вовсе не оно является причиной страдания пациента (хотя не только терапевт, но и сам пациент иногда так думает). На самом деле его состояние является следствием тех внутренних, большей частью бессознательных процессов, которые, по сути, «пожирают» его Я. Но понимание этого существенно только для терапевта и ничего не даст пациенту.

Следует обратить внимание на еще одну специфику депрессивного пациента. Большинство людей имеют множество слабостей, комплексов, непристойных и недостойных мыслей. Но они прилагают массу усилий, чтобы скрыть их от окружающих, наделяя одновременно и себя, и этих окружающих достаточно весомым перечнем достоинств. Меланхолик, наоборот, не скрывает, а выпячивает свои недостатки (общие для него и для всех людей). Но при достаточном опыте легко заметить, что между его масштабным (всеобъемлющим) уничижением и его реальной личностью нет соответствия, хотя и это знание не так уж сильно помогает в терапевтической работе. Главное, что сразу бросается в глаза, — это то, что пациент производит впечатление терзаемого болью, чувством вины и раскаяния человека. Но это не впечатление, а реальность: так оно и есть. Хотя и здесь имеет место специфика, которая не так очевидна. В отличие от обычной или обыденной реакции раскаяния, которая многим знакома, у меланхолика нет стыда перед другими за свои реальные или фантазийные прегрешения. Наоборот, он находит особое удовлетворение именно в последовательной, если не сказать жесткой и жестокой, самокомпрометации.

Эта специфика (в рамках психодинамической концепции) позволила сделать вывод, что все эти упреки относятся не совсем к нему или даже совсем не к нему. Фрейд дает ответ на вопрос, почему это происходит. Он

связывает это с уже упомянутой фрагментацией Я, при этом одна часть Я противопоставляет себя другой, критически оценивает ее, принимая ее за некий объект (точнее утраченный объект), тогда как вторая часть Я практически полностью идентифицируется с этим утраченным объектом. Постепенно эта критическая инстанция смещается в Сверх-Я (моральное, карающее и наказующее), что еще более усиливает тяжесть страдания. Обобщая такие болезненные ситуации, Фрейд объединяет их понятием утраты и связывает их с желанием чего-либо, ситуационно или вообще, недостижимого. К этому тезису мы еще вернемся.

В работе «Скорбь и меланхолия» Фрейд обращает внимание на ускользавшую ранее от внимания исследователей «утрату способности любить» и на то, что в отличие от скорби, когда есть реальная утрата кого-то близкого и дорогого или чего-либо ценного или даже бесценного, меланхолия вовсе не обязательно апеллирует к реальным утратам, или, как отмечает Фрейд, в большинстве случаев «нельзя точно установить, что именно было потеряно». И сам пациент этого не знает. То есть, образно выражаясь, речь идет не о «лишенности обладания», а об «обладании лишенностью». Ценность этого «обладания» особенно сильно проявляется на заключительных этапах терапии, так как «обладание лишенностью» — это все-таки «обладание» чем-то, в некотором смысле — последняя возможная форма обладания, связанная с утраченным объектом, а терапевт (пусть и с благими намерениями) выступает в роли того, кто хочет «отобрать» «и это последнее».

Иногда утрата может быть даже известна пациенту, но здесь также имеется весьма специфическая особенность: он может знать, кого или что он потерял, но не может сколько-нибудь адекватно описать (и, соответственно, не понимает), *что* он утратил. Это последнее *что*, таким образом, принадлежит бессознательному (в отличие от скорби, когда утрата вполне осознаваема). Фрейд также говорит о том, что если обычная человеческая скорбь следует принципу реальности, то меланхолия идет путем парадокса. При скорби (в результате потери близкого человека, социального или материального статуса, родины и т.д.) психическое состояние и потеря интереса понятны, при меланхолии это всегда загадка. При болезненной меланхолии ослабевают или даже утрачиваются важнейшая из функций Я — функция тестирования реальности, без адекватности которой само существование личности превращается в нечто ирреальное. Нарушается сон, меланхолик как бы входит в бесконечное бодрствующее состояние, но одновременно стирается грань между этим заторможенным бодрствованием и ночными грезами. Меланхолик не то чтобы не может уснуть, он в некотором смысле просто «перестает просыпаться».

Как уже отмечалось, в отличие от обычной скорби при меланхолии резко снижается самооценка. Поток самообвинений и бесконечного самоуничижения — наиболее частый вариант вербального материала у таких пациентов. При этом разубеждать пациента, повторим еще раз, бессмысленно, так как одна из составляющих его расстройства как раз и состоит в убежденности, что все обстоит именно так, как он воспринимает. Еще раз подчеркнем — ему не «кажется», это не ошибка восприятия, а именно так оно и есть в его психической реальности.

18.3. Садистический компонент депрессии

Фрейд отмечает, что если терпеливо слушать и анализировать самообвинения меланхолика, то очень скоро можно прийти к выводу, что он говорит не о себе и его слова самоуничтожения гораздо больше относятся к тем, кого он любил, любит или должен был бы любить, но не может. И, как правило, за этими словами всегда есть какое-то основание. Одновременно Фрейд отмечает, что меланхолик начинает видеть наши общие — человеческие — недостатки гораздо яснее, без какой-либо культурной цензуры, но практически все их относит к себе. Фрейд даже изумляется, спрашивая, неужели нужно было заболеть, чтобы так ясно (почти психоаналитически) увидеть человеческую природу (без ее культурного обрамления).

В своей фундаментальной статье Фрейд особенно подчеркивает, что причина меланхолии всегда имеет отношение к утрате какого-то объекта — воображаемого или реального, но в терапии прежде всего проявляется утрата собственного Я пациента или раздавленность, расщепленность (диссоциированность¹) этого Я. Исходя из этих представлений формулируется одна из возможных (или, точнее, одна из важнейших) гипотез: когда объект утрачен (или отношения с ним потерпели крах), но субъект не может оторвать от него свою привязанность (энергию либидо), эта энергия направляется на Я, которое в результате, с одной стороны, как бы расщепляется, а с другой стороны — трансформируется, отождествляясь с утраченным объектом. Таким образом, утрата объекта превращается в утрату Я. В результате утраты объекта как бы не происходит, либидо не смещается с этого объекта на другой, а «отступает в Я».

При этом все жизненные потоки как бы замыкаются в отношениях между Я и «суррогатным» объектом или, выражая эту идею более точно — между фрагментом Я, принадлежащим личности, и фрагментом Я, идентифицировавшимся с объектом. Вся энергия концентрируется внутри, «изолируясь» от внешней активности и реальности в целом. Но поскольку этой энергии много, она ищет выход и находит его, трансформируясь в бесконечную душевную боль (боль в ее исходном звучании, существующую безотносительно чего-либо).

Вторая составляющая гипотезы Фрейда исходит из возникновения мощных агрессивных чувств, направленных на не оправдавший ожиданий объект. Но так как последний остается объектом привязанности, эти чувства направляются не на объект, а опять же на Я, которое (под воздействием этих мощных чувств) расщепляется. И мы снова приходим к тому же

¹ Но не стоит путать это определение с диссоциативным расстройством личности (DID), т.е. тем, что до недавнего времени определялось как «множественное личностное расстройство» (MPD). DID является сложной хронической психопатологией, при которой происходит расстройство личности и памяти. Диагностическими критериями этого расстройства по DSM-IV являются: а) наличие двух или более четких тождественностей (каждая со своей собственной, относительно устойчивой моделью восприятия, контактов и взглядов на окружающую среду и себя); б) по крайней мере две из этих тождественностей периодически получают контроль над поведением больного; в) неспособность вспомнить важную информацию личного свойства, при этом настолько обширная, что ее нельзя объяснить простой забывчивостью; г) как правило, это расстройство не связано с прямыми физическими или физиологическими воздействиями.



Микеланджело де Караваджо. Юдифь и Олоферн. 1599

выводу: утрата объекта превращается в утрату Я. При этом Супер-Эго (инстанция совести) учиняет жесточайший и бескомпромиссный «суд» над собственным Я как над этим не оправдавшим ожидания объектом.

Фрейд пишет: «...любовный катексис меланхолика, направленный на его объект, постигла двоякая участь; одной частью он регрессировал к идентификации, а другая его часть под влиянием конфликта амбивалентности была возвращена на более близкую ему ступень садизма»¹. «Если любовь к объекту, от которой нельзя отречься, тогда как сам объект потерян, нашла спасение в нарциссической идентификации, то по отношению к этому эрзац-объекту проявляется ненависть — его бранят, унижают, заставляют страдать и получают от этого страдания садистическое удовлетворение»².

Практически всегда в клинической картине присутствует еще один очень важный феномен: мысль о невозможности утраты становится более значимой и реальной, чем то, произошла ли (и неважно, как давно) эта утрата или нет, или есть только угроза того, что она произойдет. В данном случае важно лишь то, что существовала и существует сильнейшая фиксация на объекте любви и привязанности, а также то, что эта любовь и привязанность никогда не были удовлетворены (или пусть даже присутствует только угроза их удовлетворению). Психоаналитический подход исходит из того, что выбор этого объекта (в свое время), скорее всего, осуществлялся на нарциссической основе, а следовательно, такой же может быть и идентификация с этим объектом, т.е. нарциссическая идентификация, но в «извращенном» виде: если объект покинул меня, то это потому, что «я слишком плох, отвратителен или даже омерзителен». При такой нарциссической идентификации возможен регресс даже к дообъектным отношениям, которые Фрейд образно определял как «дыру в психическом».

Это, вероятно, один из самых сложных компонентов концепции Фрейда, поэтому поясним эту идею еще раз. Объект бесконечно любим и столь же ненавистен, он как бы покинут и одновременно не может быть покинут, его нет, но он присутствует (в инкорпорированном виде), и эта неоттор-

¹ Фрейд З. Печаль и меланхолия // Фрейд З. Психика: структура и функционирование : пер. с нем. М. : Академический проект, 2007. С. 217.

² Там же. С. 216.

жимая привязанность находит убежище в нарциссической идентификации. Эго пациента становится этим замещающим объектом, но, в отличие от амбивалентных чувств к утраченному объекту, в отношении собственного Я проявляется преимущественно только ненависть. Потребности в наказании и возмездии бесконечны. Поэтому именно идентифицировавшееся с утраченным объектом Я заставляют страдать и находят в этом страдании хоть какое-то удовлетворение. Все садистические тенденции обращаются на собственную личность. При этом садистический компонент, как уже отмечалось, перемещается в Супер-Эго и обращается против Эго. Поэтому в терапии апелляция и к первому, и ко второму фактически бесполезна. Само же страдание носит своеобразную «конверсионную» природу: лучше быть неизлечимо больным, лучше полностью отказаться от какой бы то ни было активности, но только бы не проявить свою враждебность к объекту, который по-прежнему бесконечно дорог. С этой точки зрения естественно, что в процессе анализа утраченный объект чаще всего обнаруживается в ближайшем (значимом) окружении пациента. Но это знание также не облегчает терапию, а лишь позволяет объяснить некоторые характерные феномены переноса и регресса в ее процессе.

Регресс иногда смещается вплоть до орально-каннибалистической фазы, с бессознательным желанием «поглощения» (инкорпорирования) объекта. И одновременно существует страх этого «поглощения», которым отчасти может быть объяснен отказ от пищи и другие варианты ограничительного поведения, включая уже упомянутую булимию, скрытый смысл которой можно было бы выразить фразой: «Лучше поглощать немыслимое количество пищи и превратиться в нечто бесформенное — только бы не “поглотить” объект!».

Фрейд делает очень поэтичные сравнения: «Тень [утраченного] объекта падает на Я», и Я оказывается, таким образом, всегда в тени, «в нем больше нет солнца». При этом утраченный объект, как магнит, притягивает все мысли и чувства, а так как его больше нет, он притягивает их в никуда. Вся сила привязанности к конкретному объекту трансформируется в болезненную привязанность к утрате, которая уже не имеет ни имени, ни названия. В процессе терапии активируются то одни, то другие воспоминания, но все они отличаются своеобразной монотонностью, апелляцией к чему-то, что уже существует само по себе и даже — вне связи с объектом. Это как бы негативный аффект в чистом виде.

Фрейд отмечает, что меланхолический комплекс «ведет себя как открытая рана». Он не защищен от внешних «инфекций» и исходно болезнен, и любые осложнения, а то и просто «прикосновения» (пусть даже вообще никак не связанные с утраченным объектом) лишь усугубляют ситуацию и возможность заживления этой раны. Терапия — это также вариант «прикосновения», которое должно быть максимально деликатным и в ряде случаев требует предварительного обезболивания с применением психотропных средств. Психоанализ не против психофармакологии, он против ее необоснованного, изолированного и бесконтрольного применения.

В конце своей фундаментальной работы Фрейд отмечает, что эта бесконечная борьба амбивалентных чувств постепенно может истощаться, и па-

раллельно ослабевает фиксация либидо на объекте. Второй обозначенный Фрейдом механизм состоит в том, что процесс в бессознательном заканчивается как бы в режиме некой «саморегуляции», после того как объект наконец теряет ценность и может быть «брошен». На последней странице цитируемой работы автор пишет: «У нас нет представления о том, какая из этих двух возможностей обычно или преимущественно кладет конец меланхолии...», — имея в виду в данном случае меланхолию вне терапии. Фрейд практически не писал об особенностях терапии депрессий, так как считал, что ориентация на технику всегда идет в ущерб пониманию психодинамики, которая имеет некоторые общие закономерности, но тем не менее всегда чрезвычайно индивидуальна в каждом конкретном случае.

18.4. Вклад Карла Абрахама

Карл Абрахам рассматривал депрессию с точки зрения психологии развития и пытался понять депрессию в контексте истории развития либидо и влечений. Он, в частности, отмечал, что для депрессивных пациентов типичной является история жизни, когда в раннем детстве они сталкиваются с трудностями, связанными с появлением в семье второго ребенка. Но типичны также и случаи, когда в жизни людей имели место реальные утраты. Лишение в раннем возрасте одного или обоих родителей вследствие смерти, болезни или развода или даже в результате простого частого отсутствия или утраты возможности уважать последних может привести в действие механизм «поглощения», с помощью которого ребенок пытается справиться с болью утраты. Еще раз вернемся к термину «поглощение». Что это значит? Происходит интроекция объекта любви, и далее человек может находиться всю жизнь в противостоянии с интроецированным объектом (и всеми последующими значимыми объектами эмоциональной привязанности).

Другим существенным тезисом Абрахама является обращение к связи депрессии с неудовлетворенными желаниями. В соответствии с этой гипотезой депрессия возникает вследствие отказа от желаемого, но недостижимого объекта, который не может дать ожидаемого удовлетворения. Нелюбимый или недолюбленный (или воспринимающий себя таковым), так же как и обманутый в своих детских и самых чистых привязанностях, человек, как следствие, оказывается неспособным любить и разочаровывается в жизни до тех пор, пока ему не удастся обрести более позитивный опыт. Этот новый позитивный опыт и является одной из задач терапии.

Абрахам признавал центральным моментом депрессивного процесса борьбу противоречивых импульсов любви и ненависти. Другими словами, любовь не находит отклика, а ненависть, вытесненная вовнутрь, парализует, лишает человека способности к рациональной деятельности и повергает его в состояние глубокой неуверенности в самом себе. Характерно, что при депрессии личность чаще всего проецирует свою проблему вовне. Человек говорит: «Не я не способен любить, не я ненавижу, это другие меня не любят и ненавидят из-за моих (психических или физических) недостат-

ков. Поэтому я так несчастен». Для психоаналитически ориентированного специалиста здесь нет ничего удивительного: пациенту всегда легче объяснить свою депрессию тем, что другие его не любят и ненавидят, чем понять, что это он сам не может любить и находится под гнетом амбивалентных чувств, в которых ненависть всегда более очевидна. Но это бессознательное присутствие неспособности любить приносит тяжелейшие страдания, так как чувство любви — одна из величайших витальных потребностей любого человека. Невозможность реализовать эту потребность вызывает чувство неполноценности, которое в свою очередь дает множество поводов к самообвинениям, а также имеет ряд других последствий: межличностных, профессиональных и сексуальных.

18.5. Вклад Мелани Кляйн

Кляйн на основе своего клинического опыта пришла к выводу о существовании чрезвычайно тесной связи между инфантильной депрессивной позицией и феноменом скорби и меланхолии. Она исходила из того, что в период отлучения от груди у ребенка формируется депрессивная позиция, в основе которой лежит неосознаваемое чувство утраты, включая ощущение утраты любви и безопасности, к которым закономерно присоединяются деструктивные импульсы, направленные на материнскую грудь (как на утраченный или только утрачиваемый первичный объект, исходно символизирующий мать в целом).

Кляйн апеллирует к довербальным стадиям развития ребенка, и речь, естественно, идет о досознательном уровне формирования личности, где присутствуют преимущественно реакции удовольствия/неудовольствия. Удовлетворение от сосания материнской груди формирует представление о ней как о «хорошем» объекте. Отсутствие груди или отнятие от груди вызывает довербальные представления о «плохой» груди. Ребенок неосознанно проецирует свою любовь на хорошую грудь и свою агрессию — на плохую (внимательные матери хорошо знают это поведение). Именно здесь возникает первый дуализм влечений и формируется первый опыт амбивалентности одновременно с первым опытом объектных отношений (напомним, что первый опыт — самый важный и нередко является прототипом всех последующих). При этом объект исходно наделяется «фантазматической» властью: «хорошая грудь — ублажает», «плохая грудь — наказывает». Таким образом, грудь становится одновременно и первым расщепленным объектом. В последующем аналогичные реакции возникают и на целостный объект — на мать как субъект (а возможно, и на все последующие объекты привязанности).

В процессе нормального развития ребенка и в результате адекватного преодоления этой фазы формируется целостный образ матери (как прообраз всех других целостных объектов). Но даже при нормальном преодолении эта утрата (груди) может в течение какого-то времени проецироваться на реальных или даже фантазийных братьев и сестер (особенно младших), воспринимаемых в качестве потенциальных «агрессоров» и «захватчиков»

утраченного объекта, что, естественно, вызывает «ответное» чувство агрессии к ним. При абнормальном протекании этой фазы все упомянутые чувства, соответственно, трансформируются в патологические, обуславливая все последующие отношения с окружающими, как родительскими, так и братско-сестринскими фигурами (нередко на протяжении всей жизни). Таким образом, здесь мы еще раз возвращаемся к уже неоднократно транслированной идее, что этиологические факторы психических расстройств, внешние или внутренние, являются только побуждающими; они приводят в действие уже имеющиеся механизмы, возможно, связанные с конституциональными и онтогенетическими особенностями конкретного пациента, а возможно, присутствующие в любой психике. Депрессивные пациенты, в рамках этих двух гипотез, не смогли пройти или не имели нормальных условий для прохождения депрессивной позиции, и в результате при возникновении любых неблагоприятных или провоцирующих условий, как отмечает Кляйн, «младенческая депрессивная позиция реактивируется в полную силу».

Вопросы и задания для самоконтроля

1. В чем отличие аффекта от обычных эмоций?
2. В чем состоят основные отличия униполярной депрессии и биполярного аффективного расстройства?
3. Опишите психодинамику и последствия расщепления Я при депрессии.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Печаль и меланхолия // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 205—227.
2. *Абрахам, К.* Подходы к психоаналитическому исследованию и лечению маниакально-депрессивного расстройства и родственных ему состояний / Абрахам К. Психоаналитические труды в 3 т. : пер. с нем. — Т. 1. Работы 1907—1912 гг. — Ижевск : ERGO, 2009. — С. 269—289.
3. *Кляйн, М.* Зависть и благодарность // Кляйн М. Психоаналитические работы в 7 т. : пер. с нем. — Т. 6. «Зависть и благодарность» и другие работы 1955—1963 гг. — Ижевск : ERGO, 2012. — С. 103—127.

Дополнительная

- Кристева, Ю.* Черное солнце. Депрессия и меланхолия : пер. с англ. — М. : Когито-центр, 2009.

Глава 19

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теории пограничных расстройств;
- концепции расщепления и проективной идентификации;

уметь

- обосновать непрерывный континуум психических расстройств;
- охарактеризовать типичные проблемы пограничной личности;

владеть навыками

- анализа типичных защит пограничной личности;
- диагностики типичной пограничной личности;

быть компетентным

- в профессиональном анализе проблем пограничной личности.
-

Термин «*пограничное расстройство*» используется для обозначения категории пациентов, которые, страдая от глубоких невротических проблем, все же не являются столь нарушенными, чтобы отнести их к психотикам. Таким образом, «пограничность» как диагностическая категория подразумевает такую психическую организацию личности, которая занимает промежуточное (пограничное) положение между невротической и психотической организацией.

19.1. История проблемы

Еще в 90-е гг. XIX в. Фрейд предпринимал попытки найти принципиальное различие между неврозами и психозами. Вначале им было дано определение, которое базировалось на теории либидо: если при неврозе оторванное от внешнего мира либидо переносится на объекты фантазий, то при психозе оно возвращается в Я субъекта. Затем были обоснованы более приемлемые с практической точки зрения дифференциальные признаки: при неврозе личность сохраняет способность адекватно тестировать внешнюю реальность, а при психозе происходит разрыв с реальностью. Для пациентов невротического уровня чаще характерны межличностные конфликты, а для психотического — интрапсихические. Эти правила по-прежнему считаются одними из важнейших дифференциально-диагностических признаков неврозов и психозов, хотя они и не являются безупречными, так как при некоторых неврозах может наблюдаться частичный отрыв от ре-

альности, а при ряде психозов он не бывает полным и абсолютным. То же самое можно сказать и о конфликтах.

Позднее в психоанализе были описаны клинические случаи пациентов с эмоционально обедненным отношением к миру, которые были названы «пациентами как-если-бы», исходя из фразы «как если бы я действительно жил в этом мире». Оторванность этих пациентов от реальности была настолько велика, что они уже не могли считаться невротиками, но при этом оставались достаточно хорошо адаптированными к требованиям социума, что не позволяло отнести их к психотикам. Тем не менее они не могли жить, как все, и получать удовольствие от жизни, а именно «как бы жили». Появление термина «пограничные психические расстройства» обычно связывают с именами психолога Уильяма Штерна (1938) и психиатра Роберта Найта (1953). Однако до выхода DSM-III (1980) это понятие использовалось преимущественно в психоанализе и лишь позднее вошло в медицинскую практику.

В целом, несмотря на склонность ряда специалистов следовать традиционной (психиатрической) классификации психических расстройств, в психоанализе они рассматриваются в качестве своеобразного непрерывного континуума, в зависимости от степени адаптации личности к реальности и способности действовать в соответствии с требованиями культуры и социума. Этот континуум можно было бы представить в форме ряда переходных стадий и состояний, при этом переход от одной стадии к другой вовсе не является обязательным, но симптомы и синдромы всех предыдущих стадий практически всегда присутствуют и легко обнаруживаются в клинической картине последующих (см. Приложение).

Одним из первых эту идею сформулировал немецкий психиатр Альфред Гохе (1912), который отмечал, что этиологические факторы, внешние или внутренние (например, психические травмы), являются только побуждающими, приводящими в действие уже имеющиеся психические механизмы, возможно присутствующие в любой психике, включая здоровую.

Термин «пограничное психическое расстройство» утвердился не сразу. Некоторые авторы были склонны именовать таких пациентов «околопсихотическими» в отличие от психотиков, с которыми их сближали особенности поведения, неадекватное восприятие реальности и примитивный характер объектных отношений, но все эти феномены периодически демонстрировали свою обратимость, в том числе по отношению к реальности и поиску контактов с объектом. Только в середине XX в. пограничное психическое расстройство как переходная область между неврозами и психозами была признана всем психоаналитическим сообществом, и лишь затем это понятие постепенно утвердилось в современной психиатрии. Это было крупным достижением, тем более что ранее в психиатрической нозологии невроз и психоз считались взаимоисключающими формами патологии.

В 1970-е гг. была разработана получившая широкое признание развернутая концепция «пограничной личностной организации» Отто Кернберга. Было обосновано, что психические и поведенческие проблемы пограничной личности обусловлены доминированием примитивных защит — расщепления и проективной идентификации.

Поскольку примитивные защиты лишь упоминались в предшествующих разделах, следует напомнить их содержание. *Расщепление* — это защитный механизм, при котором психические структуры утрачивают свою целостность, образуя взамен две или более подструктуры. Например, при расщеплении Эго только одно из образовавшихся частичных Эго ощущается как собственное (как самость), а второе обычно представляет собой бессознательную отколовшуюся часть. При этом один интрапсихический объект может восприниматься как хороший, а второй — как плохой. При *проективной идентификации* чувства и отношения, которые на самом деле испытывает сам субъект, переносятся на какой-то внешний объект. Проекция этой части собственных психических содержаний на другого, как правило, сочетается с защитным механизмом отрицания. Например, пациент говорит: «Это не я не люблю Х. Это он ненавидит и преследует меня!». В целом, расщепление в сочетании с проективной идентификацией и отрицанием составляет типичный вариант («трио») шизоидных защит. Внутренние конфликты таких пациентов обычно характеризуются как доэдипальные или примитивные, являющиеся следствием интернализированных (на самых ранних стадиях развития) патологических объектных отношений, следствием чего и являются неудачи в формировании адекватного образа себя, зрелых связей и идентификаций. Таким образом, данный вид патологии в большинстве случаев имеет психосоциальную природу.

19.2. Современные подходы

В современном психоанализе понятием «пограничное расстройство» обозначается устойчивое сочетание патологических свойств личности, вызывающих значительные нарушения интрапсихических и межличностных функций. У пациентов, как правило, наблюдается множество различных невротических симптомов, которые сопровождаются мощной (нередко бессодержательной, «свободно плавающей») тревогой. Они демонстрируют множество фобий, obsessивных ритуалов (навязчивых мыслей и действий), конверсионных (психосоматических) расстройств и ипохондрических проявлений (страх неизвестной или неизлечимой болезни) и т.д. У них также наблюдается склонность к пerversиям (нарушениям направленности и способов удовлетворения сексуального влечения), алкоголизму, наркоманиям, kleптомании, к расстройствам пищевого поведения. В ряде случаев встречаются так называемые «предпсихотические патологии характера», т.е. параноидный, шизоидный или гипоманиакальный типы личности. Обобщая эти характеристики и констатируя некоторую неопределенность диагноза, многие аналитики отмечали, что точно сказать о пограничном пациенте можно только следующее: «он всегда более болен, чем невротик, но более адаптирован к реальности, чем психотик». Этой фразой подчеркивается, с одной стороны, промежуточное положение пограничного психического расстройства между неврозом и психозом, а с другой — его качественное отличие от первых двух.

Прежде всего пограничная личность характеризуется глубокими дефектами в структуре собственного Я, в отличие от невротика, у которого Я уже достигло достаточно высокого уровня развития и, в принципе, способно справляться с внутренними конфликтами, но менее устойчиво к внешним. Структура Я пограничного пациента более уязвима и неустойчива. Один из его наиболее типичных страхов — страх разрушения собственной личности, страх дезинтеграции, вплоть до прекращения существования как личности. Иногда этот вопрос звучит в абсолютно явной форме: «Я не сойду с ума?» или «Я не умру?». Во множестве жалоб и в материале, предъявляемых такими пациентами, проявляется страх собственной непредсказуемости и импульсивности поведения, что может представлять опасность как для других людей, так и для них самих. В некоторых случаях типичным эмоциональным фоном является повышенная агрессивность во всех межличностных отношениях и фантазиях, проявляющаяся и при взаимодействии с терапевтом. Даже во время сессий возможны кратковременные психотические эпизоды, например бредовые идеи отношений или бредоподобные интерпретации тех или иных вербальных реакций терапевта. Работа с такими пациентами всегда требует огромного напряжения.

19.3. Вклад Отто Кернберга

Ядром проблем пограничного пациента, по Кернбергу, является «*диффузная идентичность*» — недостаточная интеграция различных, порой противоречивых представлений о себе и о значимых (хороших и плохих или одновременно — и хороших, и плохих) других. У пограничной личности все образы фрагментированы, включая образ собственного Я и значимых объектов. Это порождает эмоциональную уплощенность, бледность всех красок мира, плоское, одностороннее и при этом нестабильное восприятие людей и самого себя, а также невыносимое чувство внутренней пустоты. Но при этом у них все-таки существуют некие представления о границах между собственным Я и объектом (что также отличает пограничную личность от психотической) и создает предпосылки для сохранения связи с реальностью. Хотя дефекты границ также нередки, и попытки вторжения пограничной личности в чужое личностное пространство или даже попытки регрессивного слияния с объектом доставляют массу неудобств всем, кому «повезло» входить в круг значимых других.

Следует особо остановиться на специфике объектных отношений пограничных личностей. В силу типичных защитных механизмов расщепления они постоянно колеблются между идеализацией и девальвацией (обесцениваем) объектов; их бесконечное восхищение тем или иным объектом легко сменяется такой же бескомпромиссной ненавистью и презрением. Результатом таких «качелей» становится частая смена объектов как следствие навязчивой потребности устанавливать и разрывать отношения. Но при этом одной из важнейших характеристик пограничного субъекта является непереносимость одиночества, поскольку именно путем использования объекта он достигает чувства собственной идентичности и существования.

Подлинный интерес к другим людям у него обыкновенно отсутствует, они воспринимаются преимущественно функционально, через призму удовлетворения его потребностей и желаний. Он многих заставляет страдать, но и сам искренно страдает, поэтому большинство авторов в качестве типичных характеристик пограничной личности отмечают агрессивность и садомазохизм.

Уже упомянутый защитный механизм проекции агрессии («Это не я ненавижу X, это он ненавидит и преследует меня!») усиливает страх перед объектом и стимулирует потребность держать его под контролем. Пограничная личность во всех случаях старается все держать под контролем и испытывает особый страх, когда не имеет такой возможности. В терапии это проявляется в желании контролировать терапевта иногда не только в процессе сессий, но и за их пределами, формируя чрезвычайно тяжелый вариант садомазохистических терапевтических отношений.

19.4. Этиология и психогенез

В этиологии «пограничного синдрома» обычно упоминается чувство одиночества и заброшенности, пережитое в раннем детстве, когда ребенок полностью зависим от взрослого и еще не способен к самостоятельному выживанию. Недостаточно хорошая, неотзывчивая и эмоционально холодная мать — один из наиболее значимых психосоциальных факторов. Такой (доэдипальный) ребенок только в зависимых отношениях обретал ощущение безопасности, но оно никогда не было подлинным, а лишь стимулировало тревогу, которая позднее трансформировалась в пожизненную проблему: голоду по объекту наряду со страхом его утраты, слияния с ним или растворения в нем (утраты себя).

В современных подходах все еще недооцениваются эмоции и переживания довербального периода развития ребенка. Поэтому обратимся к наиболее простому изложению результатов психоаналитических исследований Гарри Салливана, который обосновал, что основные поведенческие паттерны формируются на самых ранних этапах формирования личности. Так, если мать эмоционально отзывчива, у нее много молока и функционально развит сосок, у нее теплые руки и она откликается на каждый призыв ребенка — у него исходно формируется представление, что мир бесконечно добр, в нем всегда много еды и тепла, и если тебе будет плохо, тебе всегда помогут. Если мать, наоборот, отличается эмоциональной холодностью, молока мало и ребенку приходится каждый раз «сражаться» с соском, чтобы получить его в достаточном количестве, а в «воспитательных» целях на крик ребенка мать реагирует фразой «поорет и перестанет», то весь окружающий мир исходно воспринимается как чуждый, холодный, враждебный. Это мир, от которого не стоит ждать ничего хорошего. И такое же отношение ребенок, а затем и взрослый проецируют на этот мир.

Проблематика пограничного пациента может быть также связана с трудностями преодоления периода сепарации-индивидуации, когда ребенок постепенно отделяется от матери и переживает конфликт «рапрошман»,

т.е. конфликт отделения и относительной независимости, но с сохранением связи с матерью, хотя уже на несколько иных условиях. В частности, у ребенка проявляются две амбивалентные тенденции: сближения с «хорошим» объектом матери, который кормит, заботится, создает атмосферу любви и безопасности, и избегания «плохого» объекта, предъявляющего определенные требования к ребенку и налагающего запреты, которые воспринимаются как репрессивные и ограничивающие.

Когда ребенок начинает ощущать свою сепарацию от матери, он впервые приближается к реальному осознанию своей самости, отдельности, при этом он становится капризен, импульсивен и непоследователен в отношении к ней. Если мать адекватно принимает его негативные аффекты (как возрастную норму), не заражаясь ими и не «отзеркаливая» их, «плохие» и «хорошие» аспекты ее образа со временем интегрируются в целостный образ достаточно хорошей матери. Если же мать (по тем или иным причинам, связанным с особенностями ее характера или ситуации) оказывается неспособна выдерживать его эмоциональные «атаки» и образ ребенка также расщепляется в восприятии матери (на «хорошего» и «плохого» ребенка), это как бы дает еще одно подтверждение его фантазиям о «хорошей» и «плохой» матери. Ее целостное восприятие утрачивается. При этом в первую очередь страдает развитие Эго, а именно создаются условия для его расщепления, которое фиксируется в качестве основной формы защиты, и формируются предпосылки для будущей неспособности поддерживать стабильные отношения и воспринимать внешние объекты как целостные.

Отто Кернберг обосновал четыре основных фактора формирования пограничной личности: 1) нарушения в процессе формирования первичной автономии ребенка (его относительной независимости от матери), 2) конституционально *низкую толерантность к тревоге*, 3) избыточную фрустрацию в первые годы жизни и, как следствие, — 4) *избыточную агрессивность*, при этом основными являются второй и четвертый. Проекции агрессии, формирующейся на оральной стадии развития (в результате «недокормленности» и «недолюбленности»), ведут к параноидным (почти бредоподобным) искажениям ранних родительских образов, в первую очередь материнского, с фиксацией на идеях страха и преследования. Большинство авторов сходятся во мнении, что дефекты Эго у личности с «психотическим характером» связаны с глубокими травмами, пережитыми главным образом в конце симбиотической фазы и в начале фазы сепарации-индивидуации, т.е. в середине первого года жизни, причем травмами, связанными с объектами любви.

19.5. Специфика терапевтического подхода к пограничной личности

Практически все авторы, имеющие опыт работы с пограничными личностями, указывают, что терапевтическая тактика и подход к этим пациентам должны быть качественно иными, нежели к пациентам с невротическим уровнем психических расстройств. Пограничные пациенты, как правило, исходно не склонны к сотрудничеству с терапевтом, они упорно демонстрируют не-

доверие и скрытую или даже явную агрессивность, предъявляют нереальные требования и остаются глухими к интерпретациям, демонстрируя мощное сопротивление, так как в большинстве случаев аналитик идентифицируется у них с ранними (травмирующими) родительскими объектами. В подобных ситуациях у начинающего терапевта быстро возникает чувство усталости, раздражения и бессилия, преодоление которых достигается только в процессе регулярных супервизий с более опытным коллегой. В процессе начала работы с пограничным пациентом вообще не рекомендуется давать каких-либо интерпретаций. Пациент на этом этапе чаще всего вообще не способен к интроспекции, не ориентирован на самопознание и самопонимание. Он ждет от терапевта лишь избавления от актуального страдания, не понимая, что причина этого страдания в нем самом. Эти пациенты приходят (принесут) в терапию свои симптомы, но не намерены что-то менять в своей личности. И тогда мы снова возвращаемся к одному из тезисов З. Фрейда, который рассматривал психотерапию как *доращивание личности*. Когда пациент приходит к врачу общей практики, его запрос чаще всего предельно прост: раньше у него ничего не болело, а теперь болит, и он хотел бы, чтобы врач вернул его к предшествующему состоянию ощущения физического здоровья. Когда пациент приходит к психотерапевту, мы должны понимать, что его неосознаваемый запрос намного сложнее: мы должны помочь ему стать таким, каким бы он мог быть, если бы на каком-то этапе его нормальное развитие не было нарушено некими травмирующими его психику или даже трагическими для формирования его Эго обстоятельствами.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение термина «пограничная личность».
2. Назовите факторы формирования «пограничной личности».
3. Опишите типичные паттерны поведения «пограничной личности».

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. Кернберг, О. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии : пер. с англ. — М. : Класс, 2000. — С. 207—234.
2. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе : пер. с англ. — М. : Класс, 1998. — С. 16—42.
3. Урсано, Р. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство / Р. Урсано, С. Зоннерберг, С. Лазар. — М. : Российская психоаналитическая ассоциация, 1992. — С. 136—146.

Дополнительная

Фрейд, З. Психоаналитические заметки об автобиографическом описании случая паранойи // Психоанализ. — 2003. — № 2. — С. 42—92.

Глава 20

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теории психозов;
- типичные механизмы психических защит при психозах;
- ведущие феноменологии психотической организации личности;

уметь

- дифференцировать невротические и психотические проявления;
- описывать механизмы расщепления;
- называть основные диагностические критерии психотического расстройства;

владеть навыками

- понимания и анализа профессиональных публикаций по данной проблеме;

быть компетентным

- в профессиональном анализе психотического развития личности.
-

Термином «*психоз*» определяется психическое расстройство, характерными признаками которого являются неадекватное восприятие реальности и дезорганизация личности. Относительно этой группы пациентов на протяжении длительного периода времени применялось латинское определение «*non compos mentis*», русскими аналогами которого являются понятия «сумасшедший», «умалишенный» и «невменяемый». В этом состоит главное отличие психоза от невроза, при котором здоровый ум пациента никогда не ставится под сомнение. Дополнительным дифференциально-диагностическим фактором является отсутствие у психотического пациента критического восприятия своего состояния и осознания, что его психическое функционирование нарушено, в то время как при неврозе личность, как правило, испытывает дискомфорт от имеющихся симптомов.

20.1. Специфика современных представлений

В психиатрии различают органические психозы, которые объясняются анатомо-физиологическими или биохимическими изменениями в тканях головного мозга, и функциональные психозы, при которых не наблюдается никаких органических изменений. В психоанализе психозы рассматриваются как психогенные заболевания, которые отличаются от неврозов более тяжелыми проявлениями и течением.

Характерной особенностью психотических пациентов также является низкий уровень интеграции Эго, «размытая» идентичность и использование примитивных психологических защит. Это проявляется в том, что психотическая личность плохо представляет свою принадлежность к различным полоролевым, социальным, профессиональным, религиозным и другим группам. Ее типичными механизмами защиты являются расщепление, проективная идентификация, идеализация и обесценивание. Эти проявления обычно сочетаются с нарушениями способности к установлению границ собственной личности и других людей, неадекватной оценкой собственных аффектов и поведения с точки зрения социальных норм и правил. Наиболее типичным представителем психотической личности является шизофренический пациент.

20.2. История проблемы

Считается, что впервые группу психозов под наименованием «*alienatio mentis*» (в пер. с лат. «помрачение ума») выделил швейцарский врач проф. Феликс Платер (1537–1614). С исторической точки зрения было несправедливо не упомянуть французского ученого Бенедикта Мореля (1809–1873), который в «Трактате о психических заболеваниях» (1860) дал наиболее яркое описание таких пациентов, обозначив их как страдающих ранней деменцией. Тем не менее автором отмечалось, что главным симптомом является умственное снижение, которое наступает уже в зрелом возрасте, кажется обманчиво доброкачественным, но постепенно ведет к полному психическому распаду. Им же были описаны такие симптомы как стереотипия поз, жестов и речи, кататония, странные гримасы и тики, выраженный негативизм, странная манера походки, а также синдром «внезапного сковывания всех способностей». Ойген Блейлер, который в 1911 году ввел понятие «шизофренические психозы», уже упоминался в предшествующем разделе, но повторим некоторые положения еще раз.

Исходя из психоаналитической парадигмы, Блейлер указывает на общие для всех психозов характеристики: расщепление психических функций, разрушающих единство личности, которая попеременно находится под влиянием то одного, то другого бессознательного комплекса; нарушение ассоциативных процессов; аффективные расстройства. Именно этими нарушениями, по Блейлеру, объясняется кажущееся безразличие или, точнее — дискордантность (несогласованность) чувств, амбивалентность и тенденция рассматривать все психические акты сразу в двух различных аспектах — позитивном и негативном.

В целом, это был метапсихологический подход, который приобретал все большее распространение в начале XX века. Однако затем Эмиль Крепелин создает медицинскую (нозологическую) концепцию в психиатрии, в соответствии с которой психическим расстройствам придается статус заболеваний, каждому из которых должны соответствовать своя причина (этиология), механизм развития (патогенез), течение и прогноз, а также свои методы медикаментозного лечения в полной аналогии с соматической

(«телесной») медициной. Как мы помним, в качестве причин возникновения психозов на длительный период утверждаются сугубо биологические факторы — наследственность, инфекции, физические травмы, анатомо-физиологические или биохимические изменения в мозговой ткани и т.д. Поиск этих биологических факторов продолжался почти столетие, однако попытки установить надежные взаимосвязи между биологическими маркерами и психопатологией не удалось.

20.3. Психоаналитические подходы

В начале XX в. классический психоанализ был скептически настроен в отношении самой возможности терапии пациентов с психозами, так как они не формируют перенос, не взаимодействуют с внешним миром адекватно или вовсе его игнорируют. Нужно признать, что сама заслуга разграничения невротических и психотических принадлежит психоанализу. Основой этого разграничения, по Фрейду, являются особые психические механизмы, которые определяют отношения субъекта с внешним миром. В частности, им упоминались такие механизмы, как «выброс» (во внешний мир, применительно к галлюцинациям), «отвержение» внешнего мира и проекция на него всех упреков.

После создания второй топик в качестве главного положения в противопоставлении невроза и психоза выдвигается концепция промежуточного положения Я, а именно между Оно и реальностью. Если при неврозе Я, следуя принципу реальности и требованиям Сверх-Я, вытесняет влечения, то при психозе происходит разрыв между Я и реальностью, в результате чего Я оказывается полностью во власти Оно и строит новую реальность в соответствии с желаниями, исходящими из Оно. Причем эта внутренняя реальность становится как бы самостоятельной инстанцией психического аппарата. Теперь в нем существует не только Я, Оно и Сверх-Я, но и особая психическая реальность (никому не понятная, нередко глубоко скрываемая и недоступная для непосредственного исследования). Но понять ее все-таки можно, если специалист имеет хорошую подготовку и опыт работы с такими пациентами.

Аналогичная концепция в последующем была предложена Эго-психологами, которые делали акцент на том, что у пациентов с психотической организацией личности нарушается дифференциация между Ид, Эго и Супер-Эго, а также между наблюдающим и переживающим аспектами Эго. С точки зрения теории объектных отношений, с середины 1950-х годов, психотические пациенты стали рассматриваться как фиксированные на до-сепарационном (доэдипальном) уровне развития, когда реальность еще не разделена на внешнюю и внутреннюю.

Так, М. Малер полагает, что ребенок не может отделиться от матери и развиваться вне близости и полной зависимости, характеризующей связь мать — ребенок в оральной фазе развития. Больной шизофренией не может достигнуть объективно обусловленного постоянства в межличностных

отношениях, которое вызывает чувство безопасности личности и является результатом близкой связи с матерью в период младенчества.

Пауль Федерн приходит к выводу, что фундаментальным расстройством, наблюдающимся при шизофрении, является появившаяся на ранней стадии развития больного неспособность достигнуть дифференциации между самим собой и окружающей средой.

Г. Салливан сделал вывод из своих клинических исследований, что некоторые больные шизофренией стали тревожными под влиянием своих тревожных матерей, что обуславливает дезинтеграцию функций Эго, наблюдаемых при шизофренических психозах.

Дефект в рудиментарных функциях Эго вызывает интенсивное развитие враждебности и агрессии, разрушающее связь мать — младенец и создающее предрасположенность личностной организации к стрессу. Начало заболевания в подростковом возрасте совпадает с тем, что субъекту в это время требуется сильное Эго для того чтобы справиться с возросшими внутренними потребностями, интенсификацией интрапсихических конфликтов, необходимостью утвердить свою собственную личность, а также удовлетворить потребность в интенсивной внешней стимуляции и желании действовать независимо.

20.4. Содержание понятия психотического расстройства

В структуре психотического расстройства можно выделить несколько основных составляющих. Во-первых, это низкая интеграция идентичности или патологически интегрированная идентичность, т.е. представления пациента о себе самом и значимых других всегда плохо соотносятся между собой, так как он не способен интегрировать представления о себе и окружающих, принять «хорошие» и «плохие» аспекты своей собственной психической реальности и внешнего мира. Обычно это объясняется тем, что в самом раннем периоде своего развития такой пациент испытал мощную психическую (точнее эмоциональную) травму, которая затем спровоцировала такую же мощную агрессию к объектам, которые должны были бы заботиться о нем, предотвращать формирование тревоги, создавать у него чувства любви и защиты (например, мать). Но при этом младенец остается в полной (витальной) зависимости от этого необходимого, страстно желаемого и ненавистного объекта. В этой ситуации диссоциация между «хорошими» и «плохими» чертами объекта защищает любовь к объекту от разрушительной ненависти к нему. Образно говоря, возникают довербальные переживания, которые лучше держать «в разных комнатах»: агрессия к матери живет в одной комнате, а любовь к матери — в другой; а «двери» устроены так, что если открывается одна из них, то закрывается другая. Именно так «работает» расщепление. Если эта примитивная защита дает сбой, то противоположные чувства «встречаются», возникает конфликт и сильная тревога, которая переполняет пациента, и он регрессирует в психоз, фактически до довербальной (оральной) стадии развития, несмотря на развитие речи и, во многих случаях, вполне сформированное мышление.

Во-вторых, чтобы защититься от тревоги, психотическая личность использует примитивные защиты — проекцию, расщепление, идеализацию и обесценивание, отрицание и всемогущество. Эти механизмы, свойственные раннему периоду развития, делают функционирование взрослого сильно нарушенным, но у психотической личности не было возможности сформировать более зрелые механизмы, так как вся энергия уходила на борьбу от «затопления» тревогой и страхом. Эти примитивные защиты позволяют избежать интрапсихического конфликта и всепоглощающей тревоги, но это, в свою очередь, приводит к ослаблению Эго и искажениям в оценке реальности. Вопросы, над которыми большинство людей никогда не задумываются, могут представлять для психотической личности большую сложность. Можно привести множество примеров таких вопросов: «Где еще я, а где уже нет? Где заканчивается моя личность и начинается другой человек? Мои мысли, чувства, побуждения — принадлежат мне или они результат внешней силы? А что именно я сейчас чувствую? Как надо поступать с этими чувствами? Нужно ли мне учитывать последствия моих действий? Должен ли я согласовывать свое поведение с нормами и правилами окружающих?» Большинство людей решает эти вопросы не задумываясь, но они могут быть причиной длительных бесплодных размышлений и даже непосильными для психотической личности.

20.5. Диагностика

Диагностика психотической организации личности основана на поведении пациента, сведениях о его жизни, полученных из других источников и из того, что сам пациент сообщает о себе, а также на собственных переживаниях аналитика (его контрпереносе) и экспериментально-психологическом обследовании. Рассмотрим некоторые признаки психоза, которые будут подтверждать диагностику психотической организации личности:

1. Поведение: пациент к чему-то внимательно прислушивается, говорит с «невидимым» собеседником, завороченно смотрит в сторону, убегает или прячется непонятно от чего, застывает в неудобных позах, долго молчит, не отвечает или вообще недоступен контакту; когда он говорит, его речь спутанная, фразы разорванные, непонятные по смыслу; он выглядит беспричинно подавленным и грустным или, наоборот, излучает всепоглощающее счастье и возбуждение, игнорирует социальные нормы.

2. В анамнезе жизни пациента, как правило, никогда не было постоянной работы, длительных привязанностей, дружбы и любовных отношений; его увлечения носят необычный или даже экзотический характер; нередко явно или в скрытой форме присутствуют суицидальные мысли или даже сведения о таких попытках.

3. Переживания пациента во многих случаях связаны с чувством внутренней пустоты, подавленностью и безысходностью; мыслями, от которых невозможно избавиться; противоречивым восприятием себя и других; «внутренними голосами»; неприятными «запахами»; мучительными телесными ощущениями; воздействиями неких внешних сил на его тело, мысли

и поступки. Его картина мира всегда глубоко индивидуальна, иногда предельно алогична и противоречива. Кроме всего прочего, она бывает страшной. Сразу отметим, что когда аналитик принимает эту картину мира и пациент — возможно, впервые в его жизни — оказывается не один в этом пугающем его мире, это чрезвычайно позитивно сказывается на переносе и успешности терапевтического взаимодействия.

4. Контрперенос. При работе с психотическим пациентом аналитик может испытывать и во время сессии, и после нее необычные (по силе и модальности) для себя переживания и соматические проявления. Например, раздражение или даже злость — и одновременно вину за такие чувства к безусловно страдающей личности. В других случаях такой «психотический» контрперенос может сопровождаться и позитивными переживаниями («Раз у меня такой тяжелый пациент — я выдающийся аналитик!») или сексуальным возбуждением. Контрперенос аналитика всегда связан с переносом пациента и отражает переживания последнего. Возможны, как уже упоминалось, различные ощущения и даже соматизация собственных переживаний аналитика, поэтому работа с такими пациентами всегда требует систематического супервизорского сопровождения.

5. Экспериментально-психологическое обследование, естественно, помогает в диагностике психотических расстройств, но использование бланковых или компьютерных методов диагностики негативно сказывается на доверии к аналитику и не так уж сильно дополняет те данные, которые можно получить в процессе обычного наблюдения. Применение этих методов может быть обоснованным, если ставятся какие-то исследовательские или статистические задачи.

20.6. Современные подходы к терапии психотических расстройств

Из широкого спектра современных подходов рассмотрим более подробно теоретические и технические рекомендации основателя школы «современного психоанализа», американского психоаналитика Хаймана Спотница (1908—2008). В соответствии с концепцией этого исследователя вначале аналитику нужно понять, что случилось с пациентом в ранние и последующие периоды его развития, что поддерживает его патологическое состояние, а затем следует длительный период обучения пациента навыкам контроля своего поведения и понимания своих чувств, в первую очередь агрессивных. Фактически речь идет о «дорастивании» Эго, что в целом соответствует тактике классического психоанализа, однако при работе с психотическим пациентом техники существенно модифицируются.

В отличие от объектного переноса у эдипального пациента психотический пациент формирует нарциссический перенос и проецирует на аналитика свои размытые образы и частичные объекты из раннего периода его развития. Перенос считается сформировавшимся, если аналитик или та или иная часть его образа «вошли» в психическое пространство пациента и были приняты. При этом терапевт воспринимается не как отдельная

личность, а как часть личности пациента или некая функция окружающего мира. Проявления нарциссического переноса многообразны: например, «голос аналитика» начинает звучать в голове пациента, у пациента возникает «мысленная связь» с ним, пациент звонит или присылает сообщения с различными требованиями, выражает желание прикоснуться или пощупать аналитика, так как он воспринимается как что-то нереальное. Такой перенос аналитику достаточно трудно выдерживать.

Как уже отмечалось в соответствующем разделе книги, контрперенос аналитика во многом является следствием переноса пациента. Существует понятие объективного контрпереноса, при котором переживания аналитика отражают эмпатические переживания пациента: если пациенту грустно, то и аналитик чувствует печаль. Если же в процессе сессий оживляется личный (травматический) опыт аналитика, то такой контрперенос называют субъективным. Например, аналитик, переживший унижение в подростковом возрасте, может вновь пережить злость и обиду, услышав от пациента аналогичную историю, даже если последний не будет фиксирован на этой теме (в данном случае пациент случайно «взводит курок» неотреагированного аффекта терапевта). Среди терапевтов редко встречаются лица с доэдипальными расстройствами, поэтому чаще всего у них отсутствует опыт, который описывается в материале пациентов, и вчувствование в их переживания представляет большую сложность. Единственными точками опоры становятся знание, контрперенос и опыт, а учитывая зашкаливающий уровень сопротивления таких пациентов, терапевт должен обладать чрезвычайно устойчивой психикой и завидным терпением, тем не менее регулярно прибегая к помощи и поддержке супервизоров.

Под сопротивлением понимаются процессы, которые препятствуют проявлению материала из бессознательного и вызывают неприятие интерпретаций аналитика. Об интерпретациях в случае работы с психотическим пациентом на протяжении длительного периода времени речь вообще не идет — они не используются, так как пациент не способен принять и понять их, у него еще нет соответствующих навыков коммуникации. Образно говоря, предлагать ему интерпретации — это то же самое, что предложить прокатиться на гоночном велосипеде ребенку, который еще и на трехколесном ездить не умеет.

Как известно, З. Фрейд выделял пять форм сопротивления у невротических пациентов, которые имеют «структурно-динамический» характер. В современных подходах к терапии психотического пациента выделяют дополнительно также пять видов сопротивления, имеющих скорее не структурно-динамический, а прагматический характер. Их содержание приведено в табл. 20.1.

Преодоление таких сопротивлений представляет достаточно трудную задачу, каждая из которых решается последовательно (от первой к пятой) по мере продвижения и успешности терапии. Но каждый раз, когда преодолевается очередное сопротивление, пациент «растет». При этом на любом этапе терапии возможно возвращение к более ранним типам сопротивлений. И всю тактику работы с пациентом приходится возвращать

на предшествующий уровень. Поскольку в данном случае мы говорим о до-эдипальном пациенте, скорее всего — фиксированном на оральной (довербальной) стадии развития, то прежде чем перейти к обсуждению сопротивления прогрессу и побуждать пациента к проявлению вербальной агрессии, его нужно научить просто говорить.

Таблица 20.1

Классификация сопротивлений (по Х. Спотницу, 2004)

Наименование сопротивления	Содержательная характеристика сопротивления
Сопротивление, разрушающее терапию	Пациент сознательно и бессознательно стремится прекратить терапию, чаще всего из-за страха перед новыми отношениями
Сопротивление «статус-кво»	Пациент не хочет меняться, поддерживает достигнутое равновесие — «хочу сохранить все, как есть»
Сопротивление прогрессу	Пациент не хочет продвигаться дальше в терапии, скрывает, избегает или старается не проявлять негативных чувств в адрес аналитика (хотя он может быть переполнен этими чувствами)
Сопротивление сотрудничеству	Пациент не проявляет желания сотрудничать с терапевтом и социумом, пренебрегает их интересами, в связи с чем не может найти постоянную работу, постоянного партнера и т.д.
Сопротивление окончанию терапии	Пациент демонстрирует выраженную склонность к симбиотическим отношениям с терапевтом, категорически не соглашается даже на какие-либо перерывы в терапии, несмотря на достигнутый прогресс (хотя уже достаточно стабильно функционирует на уровне невротического клиента)

Современные подходы к терапии психотических пациентов включают несколько специфических техник, примеры которых приведены в табл. 20.2.

Таблица 20.2

Современные терапевтические техники (по Х. Спотницу, 2004)

Наименование техники	Содержание и примеры применения техники в терапевтических ситуациях
Команды	Распоряжения аналитика, которые не ставят целью добиться повиновения в чем-либо, а направлены на сопротивление пациента («говорите», «вы должны прийти на следующую сессию послезавтра в 17 часов»)
Объект-ориентированные вопросы	Основная задача — переключить внимание пациента, погруженного в свой внутренний мир, на внешний мир (как правило, вопросы формулируются в безличной форме): — Какая сегодня погода? — Что там за окном?
Объяснения	Даются в начале терапии в ответ на любые требования и вопросы пациента (исключение составляют вопросы о личности аналитика)

Наименование техники	Содержание и примеры применения техники в терапевтических ситуациях
Контактное функционирование	Аналитик демонстрирует паттерн поведения, аналогичный поведению пациента: пациент молчит — и аналитик молчит, пациент что-то разглядывает за окном кабинета — и аналитик проявляет внимание к тому, что там находится или происходит
Присоединение	Вариант интервенции, поддерживающей действующее сопротивление. Эта техника усиливает защиты и снижает напряжение, так как аналитик транслирует: «Я тоже так думаю» («Я подобен вам, я вас понимаю»). Например, пациент говорит: «Мне так тяжело жить!». Аналитик присоединяется: «Мне тоже не понравилось бы так жить!»
Отзеркаливание	Является в некотором роде вариантом присоединения. Например, пациент говорит: «Я иногда просто ненавижу вас!». Аналитик отзеркаливает: «Я тоже иногда ненавижу вас», — противопоставляя нарциссической позиции пациента свой «нарциссизм»

Терапию условно можно разделить на три периода в зависимости от характера текущего переноса: период нарциссического переноса (раннюю стадию и период «дорастивания» пациента до эдипального уровня развития его Эго); период неустойчивого переноса; период объектного переноса. Следует отметить, что даже при относительно успешной терапии при возникновении каких-либо неблагоприятных условий пациент может «регрессировать» к предыдущим стадиям своего развития и к предшествующим этапам терапии, и тогда приходится «начинать все сначала». По мере позитивной динамики в состоянии пациента аналитическая работа может быть продолжена в классическом варианте.

В других случаях психоаналитическая терапия может носить поддерживающий характер, а ее основными задачами становятся социальная адаптация пациентов и работа по снижению негативного эмоционального реагирования, что предполагает реализацию как минимум трех важнейших компонентов терапевтического процесса.

1. *Создание атмосферы психологической безопасности.* Так как пациент исходно переполнен страхами, тревогой и недоверием к окружающему миру, в аналитической ситуации должно быть создано максимально комфортное для вербализации пространство, а от терапевта требуются реальные проявления искренности и надежности.

2. *Ненавязчивое воспитание пациента,* у которого имеется множество искажений в восприятии себя и окружающего мира, поэтому терапевтом параллельно осуществляется определенная просветительская работа в отношении внешнего и внутреннего мира пациента, его мыслей, чувств, отношений к окружающим и т.д.

3. *Дезавуирование тревоги и связывание ее с определенными процессами,* т.е. когда появляется возможность, аналитик интерпретирует не защиты

и сопротивление пациента, а природу и связи чувств и жизненных стрессов.

Психотическое развитие личности в современном психоанализе рассматривается как относительно обратимое состояние. Тем не менее это положение большинством психопатологов пока воспринимается достаточно скептически, и они устойчиво демонстрируют ориентацию на биологическую терапию антипсихотиками, иногда в сочетании с краткосрочными методами когнитивной или арт-терапии. Для этого существует ряд причин, назовем лишь некоторые из них:

- естественное желание психотерапевта, как и любого другого человека, избегать тяжелых условий работы, агрессивного поведения, неадекватных поступков, нарушения терапевтических границ, неприятных переживаний в контрпереносе и других сложностей;

- длительность и напряженность работы с психотическими пациентами, прежде чем будет достигнут хотя бы минимальный успех, притом что за это же время можно было бы успешно завершить терапию как минимум десяти пациентов невротического уровня (и, соответственно, создать себе имя в сообществе профессионалов и потенциальных пациентов);

- материальный фактор: большинство психотических пациентов социально дезадаптированы, не имеют постоянной работы и доходов и — как следствие — неплатежеспособны, а работа с ними требует во много раз больше интеллектуального напряжения, духовных и эмоциональных затрат, и в случаях, когда эти затраты не получают адекватной компенсации, чрезвычайно сильно возрастает опасность «профессиональной деформации» личности терапевта;

- развитие психофармакологии экономически оттеснило психотерапию от психотического пациента; это намного упрощает взаимодействие с пациентом, резко увеличивает «пропускную способность» кабинетов специалистов и находит все более широкое применение даже несмотря на то, что имеет множество побочных эффектов и не решает проблем пациентов;

- у большинства психотерапевтов отсутствует адекватная подготовка к работе с психотическими пациентами. Как отмечала Нэнси Мак-Вильямс, трудно найти психоаналитика, который не только сам умеет работать с психотической организацией личности, но может и хочет научить этому других.

Тем не менее по мере повышения психологической культуры населения, интерес типичного «потребителя психиатрической помощи» и членов их семей к внебольничной и небиологической терапии растет, и этот спрос будет стимулировать дальнейшее развитие методов, не направленных на «иммобилизацию» пациентов, а реально способствующих улучшению их самочувствия и взаимодействия с окружающим миром.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение понятия психоз.
2. Охарактеризуйте поведение пациента с психотической организацией личности.
3. Назовите основные виды сопротивления по Х. Спотницу.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Спотниц, Х.* Современный психоанализ шизофренического пациента: теория техники : пер. с англ. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2004. — С. 38—66.
2. *Стерн, Х.* Кушетка. Ее значение и использование в психотерапии : пер. с англ. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2002. — С. 188—206.
3. *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе : пер. с англ. — М. : Класс, 2001. — С. 83—88; 100—112.

Дополнительная

- Кернберг, О.* Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии : пер. с англ. — М. : Класс, 2000.

Глава 21

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- основные принципы классической техники психоанализа;
- основные этапы развития психоаналитической техники;
- концепцию контейнирования У. Биона;

уметь

- объяснять содержание свободных ассоциаций;
- описывать принцип интерсубъективности;
- называть основные составляющие психоаналитического сеттинга;

владеть навыками

- понимания профессиональных публикаций по данной проблеме;

быть компетентным

- в профессиональной специфике психоаналитической терапии.
-

Психоаналитическая психотерапия — это метод психотерапии, базирующийся на принципах метапсихологии, работе с сопротивлением и переносом, и исходящий из того, что поведение, мысли и чувства человека в существенной степени определяются бессознательными аспектами его психического функционирования.

21.1. Классическая техника

Фундаментальной основой психоаналитической терапии является теория З. Фрейда, которая описывает основные феномены развития и функционирования психики как в норме, так и при патологии. Главные открытия психоанализа связаны с исследованиями бессознательных конфликтов, которые возникают в процессе развития и жизни человека, начиная с раннего детства. Сущность этих скрытых от сознания психологическими защитами внутренних конфликтов заключается в противодействии агрессивным влечениям либидо и страхам утраты объектов, а также страхам наказания при столкновении противоположных влечений. Ядром субъективных конфликтов невротика является эдипов комплекс.

Как уже отмечалось в первых главах, в исходной гипотезе Брейера и Фрейда предполагалось, что невротические симптомы исчезают, как

только пациент вспоминает психотравмирующие события и переживает связанный с ними аффект, т.е. осознанно вербализует ранее бессознательные и бессловесные переживания и эмоции. Основными терапевтическими факторами в этот период считались осознание и эмоциональное отреагирование симптома (катарсис), а основным терапевтическим инструментом — гипноз, т.е. реализация пациентом воли терапевта. Но затем оказалось, что симптомы через некоторое время возвращались в том же или «модифицированном» виде, что не удовлетворяло Фрейда и стимулировало разработку концепции о сопротивлении, а также «прилипчивости» либидо, которое «неохотно оставляет» занятые им объекты и структуры психики. Сопротивление, которое вначале рассматривалось исключительно как некий фактор, препятствующий терапии, признается в качестве постоянного и самостоятельного объекта терапевтического воздействия. Тогда же был сделан важный шаг в сторону активной психотерапии и вывод, что выздоровление пациента во всех случаях требует его активного взаимодействия с терапевтом, а не пассивного подчинения воле исцелителя. При этом задача терапевта состоит в умении стимулировать пациента к такому терапевтическому сотрудничеству, несмотря на все его противодействия. Именно таким образом впервые в истории медицины произошел отказ от симптом-центрической формы терапии с последующим медленным переходом к терапии личности (точнее групп пациентов со сходными страданиями) и затем — к идее индивидуальности, с признанием уникальности и неповторимости каждой личности, включая страдающую личность. Несколько упрощая эту идею, следует признать, что не бывает двух пациентов с одинаковой историей развития и одинаковыми проявлениями даже одной и той же формы страдания. Поэтому работа аналитика — это во всех случаях исследовательский и уже затем терапевтический процесс.

Начиная со случая «Доры» (1905), Фрейд предлагает пациентам самим подбирать материал, который они приносят на очередную сессию психотерапии, и самим находить соответствующие этому материалу свободные ассоциации, справедливо предполагая, что они вовсе не свободны, а отражают содержание бессознательной сферы пациентов. В статье «Психоаналитическая процедура» (1904) Фрейд обосновывает, что гипноз (внушение), хотя он и позволяет достигать временного позитивного результата, лишь маскирует сопротивление, поэтому при психоаналитической терапии основные интерпретации должны быть направлены на сопротивление, т.е. на его устранение, включая подсознательные мотивы, причины, чувства и цели, связанные с сопротивлением.

Перенос, который вначале, так же как и сопротивление, не получил адекватной оценки, по мере развития психоанализа становится важнейшим фактором терапии. Более того, в отличие от представлений о переносе как «самой большой помехе психоанализа» он утверждается в качестве самого могучего союзника терапевта, особенно если его присутствие может быть показано и объяснено пациенту, так как именно в переносе скрытые и забытые переживания пациента проявляются непосредственно и явно. Поэтому аналитик должен создавать условия для формирования переноса, чему способствует его нейтральность и относительная анонимность его личности.

Основная цель психоаналитической терапии, которая уже неоднократно упоминалась, состоит в том, чтобы сделать бессознательное сознательным. Но Фрейд позднее дополняет эту цель идеей о необходимости добиваться прогрессирующей победы Эго над Ид, при этом основные усилия должны быть направлены не только на то, чтобы усилить Эго, но и сделать его более независимым от Супер-Эго.

21.2. Развитие теории и техники

По мере развития психоанализа и накопления клинического опыта классические положения теории и психоаналитических техник неоднократно дополнялись и модифицировались. Среди наиболее значимых имен, с которыми связано современное развитие психоанализа, следует упомянуть прежде всего М. Кляйн, Д. Винникотта, Ш. Ференци, М. Балинта, Г. Салливана, внесших существенный вклад в развитие теории объектных отношений. Не отрицая роли влечений, наиболее существенное внимание во второй половине XX в. психоаналитики уделяют проблеме отношений.

Работая с иными пациентами уже не только невротического, но и психотического и пограничного уровней, упомянутые выше ученые и исследователи обратили внимание на то, что практически во всех случаях выявляется огромный дефицит в удовлетворении ранних инфантильных потребностей. С учетом данных длительных и систематических исследований был обоснован чрезвычайно важный вывод, что «ребенок ищет в первую очередь не молоко, а любовь матери», а наиболее существенным содержанием бессознательного являются репрезентации объектов и эмоциональная оценка их индивидуальной значимости в сознании и бессознательном субъекта. При этом сознательное и бессознательное восприятие значимости одного и того же объекта могут категорически не совпадать. Например, пациентка, на первых сессиях многократно упоминавшая о своей особой любви к младшей сестре и своем бесконечном желании помогать ей во всем, в процессе терапии «вдруг» осознает: «Как я ее ненавижу!».

Исходя из установленного дефицита инфантильных потребностей, который выявлялся у большинства пациентов, было предложено в процессе терапии давать пациентам частичное удовлетворение их потребности в достаточно хорошей матери и эмоционально безопасной поддерживающей среде. То есть аналитик формирует в процессе сессий некое «переходное безопасное пространство», где пациент мог бы восполнить дефициты своего развития — отсутствие адекватной материнской заботы и бесконечного принятия. Образно говоря, «накормить» — это не только дать бутылочку с теплым молоком, но это и выражение лица, и добрые слова, и эмоциональная окраска речи.

Важным вкладом в развитие психоаналитической терапии было открытие феноменов проективной идентификации и контрпереноса, которые стали рассматриваться как способы исследования бессознательного пациента. Напомним: вначале считалось, что контрперенос — собственные переживания и «слепые пятна» аналитика — может только мешать его работе или препятствовать его нейтральности. В современном психоанализе

аналитику рекомендуется активно «присоединяться» к бессознательному пациента и «слушать» свое бессознательное, которое, благодаря механизму проективной идентификации, позволяет лучше узнать и лучше понимать переживания пациента и его отношения со значимыми объектами.

Следующий этап развития психоаналитической терапии во многом связан с именем Уилфреда Биона (1897—1979), который разработал оригинальную концепцию *контейнирования*. Согласно этой концепции бессознательное и сознание — это своеобразные принимающие «органы» психики, или контейнеры, функция которых состоит в том, чтобы ментализировать, сновидеть, символизировать и мыслить никогда до конца не познаваемую реальность.

Что значит быть контейнером или контейнировать? Психоаналитик принимает («вбирает») любую информацию от пациента и позволяет ей «оседать» без попыток преждевременного понимания и объяснения содержания и глубины его проблем; но при этом аналитик исходит из того, что в материале, который пациент приносит на сессии, есть некая связность, некие избранные факты, которые со временем позволяют придать смысл этому хаосу. Основой этого исследовательского и терапевтического приема является признание решающего значения взаимоотношений матери и ребенка для его нормального развития, которое возможно только при наличии у матери способности адекватно воспринимать чувства и физиологические эквиваленты чувственных переживаний младенца. Бцион обозначил эти эквиваленты как «необработанные данные» или «бета-элементы». Но мать должна обладать не только способностью принимать эти «бета-элементы», но понимать их, наделять их значениями и возвращать ребенка назад в «обработанном виде», обозначенном автором как «альфа-элементы». Именно адекватный обмен бета- и альфа-элементами не только успокаивает ребенка, но и формирует его психику. Бцион назвал эту функцию матери контейнированием, а материнский психический аппарат — контейнером, в котором физиологические эквиваленты чувств младенца постепенно преобразуются в мыслительный аппарат ребенка. Точно так же психоаналитик, подобно любящей, внимательной, терпеливой и эмпатичной матери, выдерживая максимум фрустрации, которую провоцирует «голодная» самость пациента, должен уметь контейнировать его материал.

В последние десятилетия особое внимание привлек интерсубъективистский подход, центром которого является уже не пациент, а взаимовлияние и психодинамика двух участников психоаналитического процесса. Трансфер может иметь разные оттенки в зависимости от пола, возраста и индивидуально-психологических особенностей как аналитика, так и пациента. Психоаналитик и пациент обмениваются не только информацией, но и проекциями и проективными идентификациями, имеют общий осознанный, а частично бессознательный для обеих сторон договор и общую надежду на успешную терапию. Все возникающие в терапии ситуации так или иначе переживаются обоими участниками процесса, хотя в этой паре всегда присутствует некоторая «асимметрия»: аналитик (в силу его подготовки и опыта) менее склонен к регрессии и имеет более сильное наблюдающее Эго, чем его пациент. Однако если сопротивления пациента и аналитика совпадают по содержанию, то процесс терапии блокируется.

В настоящее время развитие психоанализа идет в направлении обобщения и синтеза различных подходов и техник, часть которых была упомянута в этой главе. За последние десятилетия существенно расширились показания к психоаналитической терапии, которые позволили терапевтам работать как с невротическими, так и с пограничными и психотическими пациентами. Однако классическая модель психоаналитической терапии остается актуальной, аутентичность ее сохранена, психология конфликтов и влечений не устарела и не произошло смены психоаналитической парадигмы, хотя многие акценты поставлены по-иному. В заключение обратимся еще раз к классическим правилам психоанализа.

21.3. Свободные ассоциации

Метод свободных ассоциаций — это терапевтическая техника и одновременно основное правило психоанализа. Открытие этого метода было сделано, когда З. Фрейд искал наилучший способ того, как выявлять патогенные воспоминания пациентов. Фактически метод был подсказан одной из пациенток, которая сама предложила позволить говорить все, что ей приходит на ум, а не расспрашивать о воспоминаниях, вызывая тем самым сопротивление и препятствуя ее самовыражению. Фрейд согласился с этим предложением, и так родилось то, что вначале было обозначено как «лечение разговором». Основное правило заключается в предписании говорить совершенно свободно, не пытаясь сосредоточиться, не следуя законам логики, ничего не утаивая и не опасаясь осуждения или стыда, так как только таким образом можно выявить самое значимое. Техника свободных ассоциаций основывается на том, что:

- мысль всегда следует в направлении того, что значимо;
- сопротивление будет минимальным в состоянии расслабления на кушетке;
- мотивация пациента к успеху терапии стимулирует к тому, чтобы приносить на сессии значимый материал; более того, когда психодинамический процесс запущен, он продолжается и вне сессий, а значимый материал проявляется на них в своеобразной концентрированной форме.

Сопротивление анализу обнаруживается в трудностях продуцирования свободных ассоциаций (остановках, подборе нужных слов, сменах тем и т.д.), так как бессознательные конфликты и защитные механизмы блокируют свободное течение мыслей. Наблюдая особенности речи пациента и того, как им излагаются те или иные идеи и события, а также фиксируя невербальный фон поведения пациента, аналитик сопоставляет все это со своими знаниями и опытом и устанавливает психоаналитический диагноз.

21.4. Равномерно распределенное внимание

В соответствии с правилом свободных ассоциаций аналитик позволяет своему бессознательному также функционировать с наибольшей свободой.

Фрейд отмечал, что подобно тому, как пациент должен рассказывать все, что ему приходит на ум, так и терапевт должен быть способен к психоаналитическому истолкованию всего того, что он слышит, чтобы обнаружить то, что скрыто в бессознательном, не подвергая материал пациента собственной цензуре и оценочным суждениям. В целом, это означает способность почувствовать отражение бессознательного пациента в собственном бессознательном, быть чувствительным и к переносу, и к контрпереносу и одновременно быть «контейнером».

21.5. Атмосфера эмоциональной безопасности

Формирование атмосферы безопасности обеспечивается соблюдением нейтральности, толерантности и конфиденциальности. Аналитик должен постоянно проявлять себя как стабильный, надежный и принимающий объект. При возникновении беспокойства или проявлениях аффективных реакций терапевт может, а иногда обязан, информировать пациента о процессах, происходящих во время терапии, что позволяет преодолеть страх перед возможно ранее неизвестными ему чувствами и переживаниями и установить рабочий альянс. Такие личностные особенности терапевта, как эмпатия и доброжелательность, вносят свой вклад в формирование атмосферы безопасности, нарушение которой может безвозвратно разрушить терапию, подорвать доверие пациента не только к конкретному терапевту, но и ко всей психотерапии в целом.

21.6. Терапевтический сеттинг

Под терапевтическим сеттингом понимаются условия, в рамках которых осуществляется психоаналитическая терапия. В процессе предварительной встречи с пациентом обсуждается терапевтический контракт, которым определяются временные, пространственные и финансовые границы сеттинга; то есть по каким дням и в какое время будут проводиться сессии, их протяженность, где они будут проводиться, согласен ли пациент с тем, чтобы лечь на кушетку, или он предпочитает общаться лицом к лицу, какой будет сумма гонорара и т.д. Обычная протяженность психоаналитической сессии составляет 45—50 мин, а длительность терапии в зависимости от глубины конфликта и тяжести страдания пациента может составлять от нескольких недель до нескольких лет. Все нюансы соблюдения сеттинга (опоздания, требования увеличить время сессии и т.д., в том числе отмена или продление продолжительности сессии аналитиком, а также ошибки аналитика) являются темами для обсуждения. Аналитик должен быть открытым и иметь достаточно высокий уровень профессиональной подготовки и самоуважения, чтобы не использовать пациента для самоутверждения. В целом, он должен исходить из того, что «человек пришел к человеку», и в этой паре у него есть только одно реальное преимущество перед пациентом — он имеет специальную профессиональную подготовку.

Соблюдение сеттинга имеет самостоятельное терапевтическое значение, так как он позволяет пациенту на какое-то время отключиться от внешней реальности и обратиться к своей психической реальности, в которой происходит переосмысление прошлого и как бы «рождение заново», вновь переживаются якобы давно забытые конфликты и прорываются подавленные эмоции. Некоторые авторы характеризуют психоаналитические сессии как «переходное пространство», в котором «изживаются», а чаще как бы проживаются заново различные периоды развития пациентов, начиная от самых ранних, и появляется возможность обретения реальной взрослости.

21.7. Показания и противопоказания

До 1950-х гг. психоанализ ограничивался работой с пациентами, способными к развитию переноса, формированию длительных отношений с объектом и имеющими достаточно развитое наблюдающее Эго, т.е. пациентами невротического уровня. Пациенты с нарциссическими расстройствами личности считались непригодными для психоаналитической терапии. Поэтому терапевты работали преимущественно с невротическими и психосоматическими расстройствами, а также с психогенными депрессиями. Однако, как уже отмечалось в предшествующих главах, в последующем показания к психоаналитической терапии существенно расширились, терапевты стали больше ориентироваться не на медицинский, а на психоаналитический диагноз и особенности личности пациента и его психодинамику. В целом, если удастся «дорастить» психотического пациента до невротического уровня, что может потребовать два-три года систематической работы, терапия может быть достаточно успешной. Но пациент должен быть достаточно психологически развит, демонстрировать способность к эмпатии, к регрессу и выходу из него и выраженную заинтересованность в терапии. Самостоятельное значение имеют умение и желание пациента устанавливать каузальные связи между различными событиями внутренней и внешней жизни. Все эти факторы невозможно выявить одномоментно, поэтому вначале пациенту предлагается несколько пробных сессий, чтобы выяснить, возможна ли эффективная работа с пациентом.

21.8. Рабочий альянс

Чрезвычайно важно исходно расположить пациента к сотрудничеству, создать с ним *рабочий альянс*. Одним из неочевидных условий установления рабочего альянса является психологическая совместимость аналитической пары, положительная установка друг к другу, что предполагает заинтересованность в совместной работе. Аналитик должен демонстрировать искреннее внимание и готовность принять внутренний мир пациента, каким бы отталкивающим или даже пугающим он не был. Со стороны пациента требуется доверие и готовность принять и следовать правилам психоанализа.

Рабочий альянс формируется постепенно, при этом пациенту целенаправленно разъясняется, что терапия может сопровождаться оживлением старых конфликтов и переживаний, которые могут причинять боль. Некоторые авторы указывают на необходимость установления связи между сознательным и анализирующим Эго пациента и на постепенную интроекцию аналитической установки пациентом. Со стороны аналитика рабочий альянс требует предельно профессиональных, десексуализированных, лишенных какой-либо агрессии отношений, даже в тех ситуациях, когда они провоцируются пациентом. Переносам, сопротивлению и защитам были посвящены соответствующие главы, поэтому мы отсылаем читателя к их содержанию.

21.9. Интерпретации

Хотя роль интерпретаций в современной аналитической терапии существенно изменилась, они до настоящего времени составляют важную часть терапевтической техники. Нужно сразу отметить, что интерпретации являются не столько разъяснением (в его обычном понимании), сколько методом исследования бессознательного пациента, его защитных реакций, влечений и стереотипов принятия решений. Аналитик предлагает пациенту не просто какую-то гипотезу, а именно ту, которая вытекает из материала пациента и сложившихся между ними отношений переноса. Интерпретация, с которой пациент соглашается, понимает ее смысл и ощущает ее как истинную, способствует укреплению его Эго и ведет к успеху терапии. Иногда такие интерпретации именуют правильными или адекватными. Неадекватная интерпретация, в том числе преждевременная, к усвоению которой пациент еще не готов, может восприниматься им как глупая, бесполезная, болезненная, и ведет к разрушению или торможению терапевтического процесса. Еще более опасными для терапевтического процесса являются дидактические интерпретации, которые отличаются субъективностью и отражают собственные (недостаточно проработанные в личном анализе) проблемы аналитика (см. гл. 13). В целом, многие из современных авторов склоняются к идее, что пациента нужно готовить к интерпретациям косвенно, но предлагать делать их самому пациенту. В тех случаях, когда интерпретация все-таки дается терапевтом, она должна быть достаточно обобщенной, несколько «туманной» и «расплывчатой», опять же, направленной не на разъяснение тех или иных психических феноменов, а на стимуляцию ассоциативных процессов пациента и на установление связи между его сознанием и его бессознательным.

21.10. Проработка

В работе «Торможение, симптом, страх» З. Фрейд определяет проработку как процесс, направленный на прекращение бессознательной склон-

ности действовать в рамках невротического повторения одних и тех же паттернов принятия решений и поведения. В целом, процесс проработки включает повторную (иногда многократную) интеграцию тех интерпретаций, которые уже были даны, а также преодоление сопротивления прогрессу терапии. Однократного осознания пациентом его невротической предрасположенности к тому или иному способу реагирования оказывается недостаточно. Цель проработки — сделать это осознание (инсайт) эффективным и стабильным. Иногда чрезвычайно яркие изменения, которые проявляются в поведении пациента после инсайта, оказываются весьма нестабильными, быстро забываются или даже вытесняются до такой степени, что пациент не помнит об этом случившемся несколько сессий тому назад инсайте. И это сопротивление может повторяться неоднократно и также требует дополнительной проработки.

21.11. Принцип нейтральности

Принцип нейтральности в психоанализе имеет несколько существенных составляющих. Прежде всего, он предполагает, что терапевт никогда не осуждает пациента, никогда не пытается его оправдать и вообще не высказывает никаких оценочных суждений (типа «хорошо» или «плохо»). Он просто принимает материал пациента. Кроме того, этот принцип предполагает полностью нейтральное отношение к религиозным, нравственным и другим ценностям пациента, а также полное воздержание от каких бы то ни было советов. Психоаналитики не подменяют собой социальных работников, к которым люди приходят за помощью или советом, или даже чтобы верить им свою судьбу. Психоаналитик никогда не будет решать за пациента, как ему действовать в той или иной ситуации или вообще, как ему жить. Специалист всегда исходит из того, что и проблема, и способ ее решения принадлежат тому, кто формулирует эту проблему. Сам он, используя весь свой профессиональный опыт и духовный потенциал, лишь помогает личности достичь реальной зрелости и решать свои проблемы самостоятельно. В этом и есть основной смысл доброжелательной нейтральности.

В данном разделе только обозначены основные принципы психоаналитической психотерапии. По каждому из разделов этой главы в институтах психоанализа читается как минимум 30—60-часовой курс лекций, проводятся семинарские занятия и разборы клинических случаев. В последующем эти теоретические знания закрепляются в процессе личного анализа и супервизорской практике будущих специалистов.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Опишите основные принципы классической психоаналитической техники.
2. Укажите основные отличия современной психоаналитической техники от классической.
3. Дайте определение техники контейнирования.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Фрагмент анализа одного случая истерии // Фрейд З. Собрание сочинений в 26 т. : пер. с нем. — Т. 5. Фобические расстройства. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2012. — С. 263—287.

2. *Гринсон, Р.* Техника и практика психоанализа : пер. с англ. — М. : Когито-центр, 2010. — С. 261—316.

3. *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе : пер. с нем. — М. : Класс, 1998. — С. 112—134.

Дополнительная

Решетников, М. М. Типичные ошибки и трудности начала терапии. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2009.

Глава 22

ПСИХОАНАЛИЗ КУЛЬТУРЫ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения психоаналитической концепции культуры;

уметь

- охарактеризовать современную культуру с точки зрения теории влечений;
- приводить примеры типичных парадоксов современной культуры;

владеть навыками

- определения противоречий современной культуры;

быть компетентным

- в профессиональном понимании психобиологических предпосылок развития культуры.
-

Существует множество определений культуры, но основанием любого из них является различие природы как таковой и культуры, как эпифеномена — как производного от сознательной деятельности и бессознательных аспектов поведения людей. Именно в прочерчивании этой границы и переосмыслении ее складывается философия и социология культуры, а во второй половине XX в. новое направление в науке — культурология. Это же различие является одним из краеугольных камней психоанализа, так как последний изучает не только объективную реальность, но и психическую реальность людей, которые во многих случаях не совпадают.

По определению Фрейда, культура — это сумма всех достижений и общественных институций, которые отличают жизнь людей от жизни животных и служат двум целям — защиты человека от природы и урегулирования отношений между людьми. Обосновывая феномен культуры, Фрейд писал, что «человеческая культура зиждется на двух началах: на овладении силами природы и на ограничении наших влечений», и далее: «Скованные рабы несут трон властительницы». Автор психоаналитического подхода отмечает также еще одну специфику культуры — «принуждение к труду».

22.1. Психоаналитическая интерпретация родства, семьи и культуры

По гипотезе Фрейда, функционирование индивидуальной психики неотделимо от тех способов, какими организована совместная жизнь человеческого сообщества. Поэтому уже в работе «Тотем и табу» он начинает

с попыток объяснения основных коллизий семейной жизни, анализирует отношения родства и лежащий в их основе фундаментальный антропологический факт — запрет на инцест. Благодаря этнологии и этнографии было давно известно, что брачный союз внутри собственного племени (инцест) является запретным даже в архаических племенах. Также было известно, что этот запрет распространяется не только на людей, связанных кровным родством, но и на все племя, принадлежащее одному тотему. В верованиях примитивных народов тотем — это обычно животное или растение, обладающее магической силой, считающееся родоначальником племени и являющееся предметом религиозного культа. В рамках этих представлений мужчине запрещена сексуальная связь не только со своей матерью или сестрой, но и с теми, кто является таковыми в воображении (кто *мог бы быть* его матерью или сестрой). Но главное заключается в другом: речь идет о существенном ограничении сексуальной свободы, имеющем психологические причины, а также о том, что вообще понимается под *родством*.

Основные идеи, обсуждаемые Фрейдом в этой работе, можно было бы кратко сформулировать так: родство — это не биологический, а культурный феномен. Культура здесь понимается как обуздание собственных чувств, коллективная выработка стратегий в обращении с наиболее мощными эмоциональными привязанностями и влечениями, претендующими на немедленное удовлетворение. Именно эти переживания являются источником внутреннего конфликта и приводят к первому усложнению психической жизни — появлению *амбивалентности чувств*, т.е. такой ситуации, когда одновременно и нежность, и враждебность определяют восприятие близкого человека. Нежность является непосредственным выражением любви и привязанности, а враждебность выражает страх перед зависимостью от любимого объекта, перед его непредсказуемостью или возможной утратой, и в конечном итоге — страх перед собственными чувствами. Но в силу психических механизмов защиты (отрицания) этот страх невозможно признать в качестве собственного чувства, поэтому он переносится (проецируется) на сам объект любви и предстает в качестве его неких (пугающих) свойств. Основным инструментом защиты от таких воображаемых объектов является институт *табу* — немотивированных и необсуждаемых запретов, которые нуждаются в строжайшем соблюдении. Фрейдом этот феномен архаических культур характеризуется как механизм, подобный неврозу навязчивости, когда человек тщательно ритуализует повседневность, заполняет ее множеством субъективных и даже абсурдных запретов, защищаясь тем самым от собственных противоречивых чувств.

Клод Леви-Стросс (1908–2009) — французский этнограф, социолог и культуролог, создатель школы структурной антропологии (в психологии — изучение структуры разума), развивал теорию инцеста как одну из предпосылок происхождения права и государства, исследовал систему родства, мифологии и фольклора.





Жорж Батай (1897–1962) — французский философ, занимался исследованием иррациональных сторон общественной жизни, разрабатывал категории сакрального, искушения злом и саморазрушительного эротического опыта.

Следует отметить, что именно идеи Фрейда инициировали антропологический проект Клода Леви-Стросса, а также социологические теории Жоржа Батая. В рамках этих концепций идея Фрейда о коммуникативном и культурном характере эротических связей и отношений родства была существенно дополнена. Так, К. Леви-Стросс указал на то, что элементарная структура родства не совпадает с нуклеарной семьей (муж, жена, ребенок), но всегда включает в себя некоего четвертого персонажа (в модели Леви-Стросса — брата жены). Таким образом, мы видим, во-первых, что семья изначально социальна, а во-вторых, что основанием семьи становится отказ от инцеста: мужчина отказывается взять в жены свою сестру и получает жену из другого племени, от другого *мужчины, совершившего подобный же отказ*. Ж. Батай добавил, что отказ от инцеста не является в строгом смысле ограничением, его можно понять как предпочтение связей более высокого уровня. Нуклеарная семья, таким образом, получает новую интерпретацию и характеризуется как следствие *союза мужчин, обменивающихся женщинами*. При этом предмет обмена — женщина — это не обычный объект или «товар», на циркуляции которого основаны экономические отношения. Это объект, не имеющий цены, в некотором роде бесценный. Обмен такими объектами учреждает новый тип экономики — *экономику дара* (понятие ввел Марсель Мосс). Дар основан на щедрости и растрате, и в этом смысле является своеобразным аналогом эротических отношений, но в данном случае эти отношения основаны не на биологическом влечении, а являются сугубо культурным феноменом. В отличие от семейных, общественные отношения действуют на основе бартера (прямого обмена товар на товар) или в рамках рыночной экономики (товар — деньги — товар).



Марсель Мосс (1872–1950) — французский этнограф и социолог, разрабатывал идею экономики дара (или дарения) — дарономики, то есть безвозмездной экономической системы, при которой ценные товары и услуги передаются без каких-либо договоренностей о немедленном или будущем вознаграждении (когда отсутствует правило «услуга за услугу»).

Рассматривая культуру как единство трех форм духовной деятельности (искусство, религия, познание) и опираясь на предположение о психической детерминации социальной жизни, Фрейд провел аналогию между

Рене Жирар (род. 1923) — французский философ, культуролог и антрополог, создатель «фундаментальной антропологии», согласно которой все человеческое в отдельном человеке, равно как и все межличностные связи возникли из сферы религиозного, основанного на идеях сакрального и жертвенного.



отдельными проявлениями невроза и формами культурного развития. С его точки зрения, неврозы с одной стороны демонстрируют глубокое родство с произведениями человеческого духа, а с другой — являются его гротескными формами. По Фрейду, «истерия представляет собой карикатуру на произведение искусства, невроз навязчивости — карикатуру на религию, а параноический бред — карикатурное изображение философской системы»¹.

Размышляя над связью трех феноменов (боязни инцеста, тотемической организации человеческих сообществ и института табу) и оценивая их в психоаналитической перспективе, Фрейд обосновывает вывод, что *источником единства, а значит, и основным принципом социальной связи является фигура Отца*. Анализируя архаический опыт как детство человечества, Фрейд формулирует гипотезу, что детские тотемистические игры (когда ребенок якобы превращается в какое-то животное, а также детские фобии, нередко связанные с животными) свидетельствуют о контрасте страстной нежности и враждебности — исходной амбивалентности чувств, первым объектом которой становятся родители. Но прежде всего эти чувства адресованы отцу, как главному герою мира ребенка.

Можно сказать, что именно в этом рассуждении Фрейд создает важнейший для культуры XX в. персонаж, благодаря которому станут возможны исследования механизмов власти и субъективации. Отец является главным героем мира ребенка, во-первых, потому что в его воображении он является фаллической фигурой — ребенок наделяет отца магическим могуществом и властью; во-вторых, отец учреждает сам мир, в котором живет ребенок (семью), и господствует в нем; в-третьих, способ, каким повелевает отец — это запрет. Как позже отметит Рене Жирар, отец ставит перед ребенком неразрешимую задачу: он требует быть как отец (побуждение к идентификации) и не быть как отец (запрет на объекты желания отца), угрожая кастрацией за отказ подчинения. Таким образом, отцовская фигура сосредотачивает в себе всю предельную интенсивность амбивалентных чувств ребенка, которые переживаются как нечто опасное и разрушительное. Эдипов комплекс как система первичных социальных отношений представляет собой в этом смысле сложное переплетение привязанности, агрессии, страха утраты и чувства вины.

В попытке выразить и понять этот сложный комплекс чувств, лежащий в основе становления субъективности, в финале «Тотема и табу»

¹ Фрейд З. Тотем и табу. СПб. : Азбука-классика, 2005. С. 123.

Фрейд вводит метафору «убийства Отца». По сути, под убийством здесь понимается переживание утраты, в которой субъект утраты винит себя. Фрейд объединяет основные антропологические феномены — жертвоприношение, тотемизм и экзогамию (запрет брачных связей между родственниками) — в единый психологический механизм, который одновременно является установлением закона. Животное-тотем, почитаемое и оберегаемое, но вместе с тем убиваемое и съедаемое в ходе жертвенного пиршества (тотемической трапезы), есть не что иное, как психологическая замена фигуры Отца. Тотемистическая трапеза — совершенно особый эксцесс, праздник, легитимированное нарушение запрета, которое позволяет сообществу сплотиться и еще более ревностно исполнять закон в повседневности. «Убийство Отца» — механизм, посредством которого субъект может оставить семью ради социальной связи более высокого уровня. Вместе с тем метафора убийства Отца — основной способ идентификации субъекта. Переживаемая утрата смягчает остроту противостояния. Отец, который был («мертвый Отец» в терминологии Фрейда), предстает уже не в качестве препятствия, но в своих защищающих, оберегающих и любящих аспектах — таким, каким он был в детстве его сына. Таким он может быть интроецирован, такому отцу субъект готов повиноваться со страстью (Фрейд называет эту готовность «поздним послушанием»), и перед таким отцом он испытывает чувство вины и раскаяния. Таким образом, как бы принимается идея, что стать как отец, копируя его сознательно, невозможно, однако бессознательный процесс проживания чувств к отцу позволяет приблизиться к этой цели. Идентификация в этом случае предстает как постепенно приобретаемый многоуровневый опыт, а механизм культурного наследования и смены поколений — как неизбежный конфликт, в котором сын всегда борется с отцом, но чем яростнее эта борьба, тем вероятнее личностное повторение, которое станет основой традиции.

22.2. Культура, традиция и новации

Проблема традиции и новаций — одна из важнейших в исследовании европейской культуры. Как возникают новые идеи? Каким образом удастся разомкнуть режим консервативного функционирования повседневности? Способен ли это сделать один человек? В этой связи одним из интереснейших вопросов для Фрейда стало происхождение христианства и монотеистической религии. Обращаясь к тексту Ветхого Завета и к книге Исхода, где рассказывается о том, как Моисей вывел свой народ из Египта и создал религию единого Бога, Фрейд пытается не только понять, как рождается монотеистическая религия, но и создать модель развития, а также ответить на вопрос о том, как происходят наиболее существенные изменения в культуре. Повествование о Моисее является мифом, считает Фрейд, но это отнюдь не означает, что эта история является вымыслом и ложью. Психоанализ рассматривает психическую реальность как личный миф, который требует расшифровки. В любом мифе обязательно присутствуют исторические детали, с помощью которых можно адекватно реконструировать инте-

ресующее событие. Детально анализируя противоречивые элементы мифа о Моисее, Фрейд выдвигает гипотезу о том, что образ Моисея, подобно сновидческому сгущению, представляет собой результат слияния по меньшей мере трех персонажей, которые в разное время и в разных местах пытались создать новую религию. Монотеистическая религия, воспринимаемая нами как цельное образование, также есть не что иное, как конфликт идей, который разрешался в процессе преодоления сопротивлений и достижения компромиссов.

Фрейд вновь проводит аналогию между индивидуальным психическим функционированием и массовой психологией. Для того, чтобы монотеистическая идея завладела сознанием масс, недостаточно одного Моисея. В данном случае речь идет как минимум о трех «Моисеях» и трех различных, но не противоречивых идеях, которые подвергались вытеснению и трансформации. Однако через определенный период времени вытесненные идеи возвращаются и овладевают сознанием масс. Именно тогда начинается работа мифологизации, и рождается герой Моисей, победоносно учреждающий новую религию. Такая конструкция ясно показывает, что историческое развитие, движение вперед неотделимо от работы памяти и воображения. Память мифологизирует и пересоздает действительность в соответствии со схемой: травма, за которой следует латентный период и возвращение вытесненного. Фрейд радикально переосмыслил понимание культурной традиции, и это переосмысление можно выразить в трех основных тезисах:

- 1) Принципиальные события в истории культуры сверхдетерминированы, их свершение подготовлено многими «черновыми» вариантами;
- 2) Новое всегда есть плод воспоминания, результат работы воображения с прошлым и его творческого перевоссоздания;
- 3) Развитие неотделимо от регрессии, а движение вперед связано с определенными возвратными движениями.

22.3. Культура и власть

В XX в. проблема властных отношений (личной свободы и подчинения, подавления и субъективации, преступления и наказания) выходит на первый план. В рамках европейской культуры сформировался фундаментальный парадокс: с одной стороны — движение к неограниченной свободе, а с другой — формирование капитализма сопровождалось предельной дисциплинаризацией общества. Это означало, что школа, ремесленная мастерская, университет и армия, используя контроль, муштру и наблюдение, занялись производством изолированных индивидов, способных выполнять дифференцированные функции. Вследствие этого возник буржуазный индивидуализм, сочетающий в себе идею человека как «винтика в машине» и высокую оценку свободы, а также яростное стремление к ней. Вместе с этим дисциплинарное общество породило такой феномен, как масса — особый тип общности, превосходящий границы индивидуального, нечто, подобное стихии, которая, однако же, в отличие от природной стихии может быть как неудержимой и бесконтрольной, так и абсолютно послушной.

Цитируя Г. Лебона, Фрейд характеризует массу следующим образом: «Каковы бы ни были индивиды... одного их превращения в толпу достаточно для того, чтобы у них образовался род коллективной души, заставляющей их чувствовать, думать и действовать совершенно иначе, чем думал бы, действовал и чувствовал каждый из них в отдельности»¹.

Феномен массы состоит в исчезновении индивидуальных различий и в усилении аффективных составляющих массового поведения, в ощущении силы, единства и анонимности одновременно. В массе исчезает чувство ответственности, которое характерно для индивидуальной личности. История XX века ярко демонстрирует всевозрастающую роль масс и массового сознания в жизни современной культуры, которая приобретает оттенки все более безответственной и тяготеющей к иррациональности.

В 1921 г. Фрейд пишет работу «Массовая психология и анализ человеческого Я», где стремится проанализировать феномен массы с психоаналитических позиций. Его основная мысль состоит в том, что формы массового поведения, отмеченные силой аффектов и утратой критической способности, свидетельствуют о психической регрессии, возврате в инфантильное состояние, когда либидинальная привязанность к родительским фигурам, зависимость от них имеют наибольшее значение и превращают отцовскую фигуру в основной предмет бессознательного фантазирования. В этом смысле «любовные отношения (эмоциональные привязанности) составляют сущность массовой души». Человек готов отказаться от своей индивидуальности и даже наложить определенные ограничения на свой нарциссизм для того чтобы снискать любовь того, кто имеет над ним власть. Фрейд видит сущностную связь между инфантильной привязанностью, внушением и поведением человека в массе. Внушение в этом случае — это уже не просто манипуляция, совершаемая одним человеком над другим, в его основе лежит феномен инфантильной привязанности, а масса становится единственной формой общности, где каждый бессознательно уверен в том, что лидер (полководец, начальник, священник и, наконец, Бог) любит именно его. Именно привязанность к вождю определяет взаимную привязанность индивидов друг к другу в массе.

Тот факт, что властные отношения имеют в своей основе сексуальность и либидинальную связь, открывает совершенно новую перспективу понимания общественного устройства. Это перспектива раскрывается на основе анализа влюбленности и тех механизмов, благодаря которым исходно эротическая страсть превращается в социальные чувства, такие как патриотизм, верность, почитание, уважение, благоговение. Опираясь на логику эдипова комплекса, Фрейд выделяет два различных типа либидинальной связи: чисто сексуальное объектное влечение (в основе которого — привязанность к матери) и идентификация с идеалом (в основе которой — привязанность к отцу). Различие между желанием обладать объектом и быть как объект, иметь его черты и свойства показывает, каким образом инфантильная любовная жизнь становится источником формирования истерических

¹ Фрейд З. Массовая психология и анализ человеческого «Я» // Фрейд З. «Я» и «Оно». Труды разных лет : пер. с нем. Кн. 1. Тбилиси : Мерани, 1991. С. 74.

Мишель Фуко (1926–1984) — французский философ и культуролог, основатель первой кафедры психоанализа во Франции. Является одним из наиболее известных представителей антипсихиатрии (международного движения, направленного на демифологизацию и разоблачение современной психиатрии как изощренной формы насилия над страдающей личностью). Его книги по социальным наукам, о медицине, тюрьмах, проблеме безумия и сексуальности сделали его одним из самых влиятельных мыслителей XX в.



симптомов, как в индивидуальном, так и в массовом варианте поведения людей.

Особенное внимание Фрейд уделяет стратегии «быть как объект». Он описывает идентификацию как сложный процесс, в котором можно выделить по крайней мере три составляющих:

1) Идентификация представляет собой «первоначальную форму эмоциональной привязанности к объекту», т.е. становится почвой любой межличностной коммуникации;

2) Она может стать «заменой либидинозной привязанности», когда Я, регрессируя, интроецирует утраченный объект в Я. Здесь идентификация предстает не только как инструмент прогресса и развития, основанных на эротическом интересе, но и раскрывает другое — нарциссическое — измерение. Интроекция объекта в Я ведет не просто к обогащению внутреннего мира личности, но преобразует саму природу Я. По словам Фрейда, «тень объекта ложится на Я». Единство Я расщепляется, оно разделяется, распадается на две части, «одна из которых неистовствует против другой». Если прежде мир выступал для Я единственным объектом, теперь Я само является объектом (любви, привязанности и враждебности) для Сверх-Я. С точки зрения Фрейда, именно эту эмансипированную часть Я следует называть Совестью;

3) И, наконец, идентификация может возникнуть в условиях общности между людьми, не являющимися друг для друга объектом сексуального влечения. Суть этой аффективной общности — в привязанности к вождю. Наиболее драматические эпизоды XX в., связанные с тоталитарными режимами и ошеломляющей неспособностью народов сопротивляться им, получают психологически обоснованное объяснение в этой концепции Фрейда. Позднее эта идея получила дальнейшее развитие в работах Мишеля Фуко, в частности, в известном тезисе о том, что труднее всего для человека — противостоять себе в своей склонности любить власть во всех ее проявлениях. Потому опыт свободы всегда предполагает трезвость самоотчета и критического контроля над своими чувствами.

22.4. Культура и этика

Фрейд характеризовал культуру как парадокс и неоднократно отмечал, что, будучи средоточием человеческих ценностей, культура вместе с тем является источником страданий и, более того, неврозов. Многие экзистен-

циальные философы XX в. задавали один и тот же вопрос: стоит ли жизнь того, чтобы жить? Фрейд также ставит вопрос о культуре в личностной перспективе, но в более позитивном и рациональном ключе. Его интересует культура как совокупность условий, которые позволяют человеку «выносить жизнь». Английский психоаналитик Дональд Винникотт позднее отнесет этот тезис к одной из главных целей личного психоанализа, а именно: найти то, что позволит человеку предпочесть жизнь.

С точки зрения Фрейда, основным средством против страдания является удовольствие. Более того, возможность переживать удовольствие является важнейшим элементом человеческого опыта. Именно культура предоставила человечеству основные «обезболивающие» средства, приносящие удовлетворение, в том числе в форме духовности и сублимации влечений. Любой труд отвлекает от страданий, а продукты труда не только радуют, но и частично ослабляют реальное давление природы на реализацию влечений человека. Искусство и мир фантазий открывают внутренние психические источники удовольствия. Это в некотором роде «натуральные наркотики», которые способны создавать и поддерживать чувство удовольствия и наслаждения. Труд и творчество, хотя они и не затрагивают противоречий природы и запретов социума, а лишь отвлекают от них, являются основными *заместителями страдания*. Они могут быть вредны или полезны, но то, чего они прямо или косвенно касаются, — это вопрос удовлетворения влечений. Для обычного человека (какими являемся мы все), утверждает Фрейд, вопрос о смысле жизни означает: как избежать страдания и достичь счастья? Счастье же, в нашем представлении, как раз и состоит в удовлетворении влечений. С точки зрения психоанализа, именно здесь и заключена проблема.

Психический аппарат личности устроен таким образом, что удовлетворение влечений, представляющееся единственной (отчасти ложной) целью, в действительности не приносит счастья. Человек всегда стоит перед необходимостью сознательного или бессознательного решения о том, какие именно влечения требуют немедленного и полного удовлетворения, какие могут быть отложены, какие могут быть удовлетворены лишь частично или, возможно, в иной форме (включая сублимацию). Игра выбора и приспособления к внутренней и внешней реальности позволяет сформировать каждому его индивидуальную стратегию желания — стать человеком эротическим, нарциссическим, либо же человеком действия и реального достижения. Такую «игру» человек может вести с разной степенью успешности, и в том случае, если ему приходится проигрывать или его способ адаптации к жизни оказывается неудачным, возникает почва для невроза. Еще один, совершенно особый, сценарий адаптации к собственным желанием предлагает религия. По Фрейду, религия препятствует множественности вариантов выбора и предлагает всем один путь, тем самым спасая каждого от индивидуального невроза «ценой насильственной фиксации психического инфантилизма».

22.5. Культура и технический прогресс

Важнейшую роль в решении вопроса об удовлетворении влечений играет технический прогресс. Поскольку техника расширяет человеческие

возможности, моторные и сенсорные функции человеческого тела, она оказывает неожиданную поддержку бессознательной инфантильной идее всемогущества и всезнания. Фрейду принадлежит чрезвычайно емкая характеристика, получающая в современных условиях все более многочисленные подтверждения: человек — это «бог на протезах». Эта метафора предельно обнажает сочетание слабости и могущества, которое противоречиво воплощает в себе человек. Человек, несомненно, достигает величия, используя изобретенные им вспомогательные органы, но «они с ним не срослись и доставляют ему порой немало хлопот». Другими словами, неудовлетворенность влечений подстерегает нас на всех уровнях развития. Те средства, которые культура предоставляет нам для защиты и комфорта, сами являются источником несчастий.

Фрейд формулирует очередной парадокс развития человеческой цивилизации: «насколько культура строится на отказе от влечений, настолько предпосылкой ее является неудовлетворенность могущественных влечений». Стоит отметить построение этой фразы. В ней нет логического построения и следования. Речь идет не о том, что влечения сильны и поэтому культура отказывается от них. Тезис Фрейда фиксирует одновременность и несводимость друг к другу двух этих источников. Отказ от влечений и требование влечений — это те силы, что питают культуру. Именно это позволяет рассматривать культурное развитие как «специфический процесс, сопоставимый с нормальным созреванием индивида».

Как и в индивидуальном развитии, главным основанием культуры остается любовь и семья. Благодаря сексуальному влечению возникает пара, стремящаяся сохранить свои отношения независимо от каких-либо биологических или социальных циклов. Однако впоследствии те же самые влечения вступают в противоречие с интересами общества, которое в свою очередь диктует определенные стандарты социального поведения, тяготеющие над парой. Для Фрейда важно, что одни и те же силы стимулируют и сдерживают развитие культуры. От возросших требований сексуальности культура защищается запретами — во многом избыточными и глубоко проникающими в ткань межличностных отношений. Основная стратегия борьбы состоит в том, что культура как бы «не желает знать сексуальности как самостоятельного источника удовольствия», отсюда — требование гетеросексуальности и моногамии. «Современная культура ясно дает понять, что сексуальные отношения допустимы лишь в виде единственной нерасторжимой связи между одним мужчиной и одной женщиной», — констатирует Фрейд.

Однако в реальности это правило постоянно нарушается. Несмотря на то, что человек желающий всегда сопротивляется этим требованиям и, по выражению Фрейда, «лишь самые слабые готовы это терпеть», сексуальность современного человека все равно оказывается существенно «искалена» и все хуже выполняет свою функцию источника счастья.

Если человек занимает позицию ограничения влечений, отказываясь от эротики в пользу этики, это также не избавляет его от противоречия. Чем большую роль играет для него запрет, тем большее чувство вины (в том числе перед собой) он будет испытывать вне зависимости от со-

вершенных проступков. Фрейд обосновывает, что чувство вины культивируется и является достоянием почти исключительно добропорядочных граждан, но отнюдь не преступников. Так, в детективах «закрытой комнаты» каждый оказывается тем, кто мог бы совершить убийство, каждый безуспешно доказывает себе и другим свою невинность. Психологический механизм вины связан не с проступком, а с расщеплением психического мира и давлением Сверх-Я на Я.

Еще один уровень противоречия можно сформулировать так: «Культура покоится на отношениях между многими людьми, а сексуальная любовь есть отношения двух лиц, где третий всегда лишний». Поэтому идеал культуры — это такое сообщество, где «пары индивидов соединены узами совместного труда и взаимного интереса». Но поскольку это невозможно, культура идет на все, чтобы связать членов сообщества либидинозно. Очередным парадоксальным симптомом этого стремления становится этическая максима «возлюби ближнего своего, как самого себя». Фрейд продумывает эту формулу до логического конца: «даже если он твоей любви не стоит, даже если он является твоим врагом». С точки зрения Фрейда, это своего рода «оговорка культуры», указывающая на одну из важнейших проблем подавленных влечений — агрессию, и одновременно — на возлагаемые на любовь надежды, связанные с ее обузданием. Попытка возложить на любовь задачу борьбы с агрессией объясняется прежде всего тем, что они сущностно связаны и составляют одно. Культура одновременно требует двух противоположных вещей: создания либидинозных связей в сообществе и овладения силой влечений. Как и в случае с выбором индивидуальной стратегии поиска удовлетворения, здесь требуются творческие решения и введение новых механизмов общественной регуляции (таких, как идентификация, или «нарциссизм малых различий», связанный с перенаправлением агрессивности членов сообщества на тех, кто за пределами сообщества).

Такие трудности в развитии культуры, по мнению Фрейда, являются неизбежными и естественно-диалектическими. Хуже, когда подрываются и выхолащиваются сами структурные моменты развития. Так, в качестве одного из наиболее опасных феноменов современности Фрейд называет «психологическую нищету масс». Он имеет в виду распространенный способ массовизации общества, когда либидинозная связь возникает, существует и действует в обществе, а его лидер не имеет того значения, которое должно было бы ему принадлежать при формировании этого сообщества.

Размышление над конфликтом культуры и сексуальных влечений приводит Фрейда к выводу о тесной связи и даже сущностном единстве культуры и сексуальности. Дело не только в том, что культура ограничивает сексуальность, но в том, что «в самой сущности сексуального есть нечто препятствующее полному удовлетворению и толкающее нас на иные пути». Конфликты культуры — это конфликты влечений, но воспроизведенные в условиях социальной связи. Повторим еще раз: культура — это то, что налагает запреты. Мы не любим их, но вынужденно подчиняемся им и именно поэтому остаемся людьми. Чем менее явной становится сила этических запретов, тем слабее влияние культуры на индивида.

Более конкретное выражение и развитие эти идеи Фрейда получают в работах психоаналитика и социолога Эриха Фромма. Характеризуя современное общество и технический прогресс, в книге «Здоровое общество» (1955) автор отмечает их важнейшие элементы: «революционный рост в промышленном производстве, усиливающаяся концентрация капитала, а также расширение деловой активности и сферы управления, растущее число лиц, манипулирующих цифрами и людьми, отделение собственности от управления»¹. «...Раз отношения регулируются рынком и договором, нет нужды знать, что правильно, а что неверно, что добро, а что зло. <...> Люди читают одни и те же газеты, слушают радио, смотрят фильмы — одни и те же и для тех, кто наверху, и для тех, кто у подножия социальной лестницы, для умных и глупых, для образованных и необразованных. Производи, потребляй, наслаждайся вместе со всеми, “в ногу”, не задавая вопросов. Таков уж ритм жизни»². И далее Фромм задает вопрос: «Какой же тип личности нужен в таком случае нашему обществу?», — и отвечает на него: «Ему нужны люди, которые легко взаимодействуют в больших группах, стремятся потреблять все больше и больше, чьи вкусы стандартизированы, легко поддаются влиянию и чьи реакции легко предвидеть»³. В целом, нужно признать, что культура и технический прогресс развиваются не синхронно, более того, некоторые тенденции позволяют сделать вывод, что по мере технического прогресса культура постепенно смещается на обочину цивилизации.

В работе «Будущее одной иллюзии» (1927) З. Фрейд обобщает психоаналитические подходы к интерпретации культуры. Он обосновывает, что всякая культура строится на принуждении и подавлении влечений, прежде всего агрессивных и сексуальных; при этом подавление должно быть достаточно мощным, так как доводы разума бессильны против властно побуждающих страстей. Само существование культуры зависит от напряженного труда (вплоть до самоотречения) большинства членов общества; однако поскольку люди не имеют спонтанной любви к труду, институты культуры могут существовать и поддерживаться только при известной доле насилия. Практически у всех людей наряду с ориентацией на культуру имеются антикультурные тенденции, а у некоторых они настолько сильны, что определяют их асоциальное поведение в обществе. Вопрос о том, достижимо ли вообще такое упорядочение общества, в результате которого исчезнут причины неудовлетворенности культурой, Фрейд характеризует как весьма спорный. Автор неоднократно подчеркивает, что поскольку культура исходно строится на принуждении к труду и отказу от влечений, она неизбежно вызывает сопротивление со стороны некультурного или недостаточно окультуренного большинства. Высокая культура всегда была уделом меньшинства и в целом таковой и осталась, и это меньшинство неспособно противодействовать враждебному большинству, обильно представленному

¹ Фромм Э. Здоровое общество // Фромм Э. Здоровое общество. Догмат о Христе : пер. с нем. М. : АСТ : Транзиткнига, 2005. С. 128.

² Там же. С. 129—130.

³ Там же. С. 130.

на обочине культуры. Современная социальная действительность во многом подтверждает эти выводы.

В следующей по хронологии книге «Недовольство культурой» (1930) Фрейд еще раз возвращается к этой идее: вследствие изначальной враждебности большинства людей культурному сообществу постоянно угрожает распад. Поэтому культура вынуждена прилагать все силы, чтобы сдерживать и ограничивать проявления агрессивных, саморазрушительных и сексуальных влечений человека. При этом Фрейд делает особый акцент на том, что это сдерживание и ограничение должно базироваться на психических механизмах, в частности, на побуждении к идентификации и сублимации. Фрейд приходит к относительно пессимистическому, но получающему все больше объективных подтверждений выводу: «Нам не по себе в нашей современной цивилизации». В качестве главных движущих сил развития цивилизации Фрейд указывает на борьбу между инстинктом жизни и инстинктом саморазрушения, подчеркивая, что эта борьба в конечном счете и составляет «основное содержание жизни».

Размышляя о судьбах человечества, Фрейд задавал вопрос: насколько человечество на пути прогресса окажется способным обуздать свои агрессивные и саморазрушительные влечения? По мысли ученого, двадцатое столетие должно было дать ответ. С этой точки зрения, современная эпоха заслуживает особого внимания. Овладевая все новыми технологиями влияния на природу, человечество хорошо осознает свой деструктивный потенциал. Это преследующее людей осознание, утверждает Фрейд, и порождает наши волнения, тревоги и общую неудовлетворенность.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте интерпретацию тезиса: «Скованные рабы несут трон властительницы».
2. В чем состоит главное отличие массы и массовизации сознания от индивидуального восприятия реальности?
3. Как связаны культура и технический прогресс?

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Тотем и табу : пер. с нем. — СПб. : Азбука-классика, 2013. — С. 88—104.
2. *Фрейд, З.* Будущее одной иллюзии : пер. с нем. — М. : АСТ, 2011. — С. 114—132.
3. *Фрейд, З.* Неудобства культуры : пер. с нем. — СПб. : Азбука-классика, 2011. — С. 98—114.

Дополнительная

Фромм, Э. Здоровое общество // Психоанализ и культура. Избранные труды Карен Хорни и Эриха Фромма. — М. : Юрист, 1995.

Глава 23

ПСИХОАНАЛИЗ ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения психоаналитической теории агрессивности;
- концепции доброкачественной и злокачественной агрессии;

уметь

- приводить примеры аутоагрессивных проявлений;
- объяснить причины человеческой деструктивности;

владеть навыками

- анализа бытовых проявлений агрессии;
- психоаналитической интерпретации влечения к агрессии;

быть компетентным

- в профессиональном анализе агрессии в норме и патологии.
-

Понятием «*деструктивность*» объединяются внутреннее содержание психической сферы и поведенческие феномены, проявляющиеся в фантазийной или реальной агрессивной направленности на разрушение объектов и (или) субъекта. В большинстве случаев понятия деструктивности и агрессивности объединяются, хотя более точным было бы соотносить деструктивность с психическими процессами, включая саморазрушительные, а агрессивность — с поведенческими феноменами, направленными на внешние объекты.

23.1. История проблемы

В качестве научной проблема человеческой агрессивности впервые была поставлена на I Конгрессе психоаналитиков в Зальцбурге (1908). Несмотря на то, что доклады участников были посвящены самым различным темам, практически в каждом из них звучала тема агрессии. Зигмунд Фрейд представил доклад под названием «Казуистическое», в котором обратил внимание на «хроническое сосуществование любви и ненависти к одним и тем же персонам» (идея амбивалентности). При этом феномен появления навязчивых идей обосновывался одновременностью существования (по отношению к одним и тем же персонам) крайне преувеличенной сознательной нежности и садистической составляющей, продолжающей действовать в бессознательном как ненависть. Тем не менее, вначале Фрейд не уделял

особого внимания проблеме агрессивности и деструктивности, хотя и отмечал присутствие агрессивного компонента в сексуальном влечении и в эдипальной ситуации. Только в поздних работах Фрейд пересматривает свое отношение к этой проблеме и признает деструктивное влечение в качестве одного из первичных, соглашаясь с идеей А. Адлера об агрессивности и идеей С. Н. Шпильрейн о деструктивности. Фрейд также пишет о том, что любая длительная эмоциональная связь между двумя людьми (в том числе между супругами) всегда содержит определенный элемент враждебных чувств. Более того, отталкиваясь от антропологических и клинических исследований, Фрейд обосновывает, что агрессивность была и остается неискоренимой чертой человеческой природы, а в переписке с А. Эйнштейном (1932) отмечает, что сам инстинкт самосохранения нуждается в агрессивности. Поэтому все попытки культуры снизить влияние или лишить человека агрессивности и тем самым предотвратить возможность будущих войн, обречены на неудачу. Примечательно, что формирование такой психической структуры как совесть, по Фрейду, также объясняется обращением своей агрессии, вызванной внешними факторами (в том числе родительскими запретами) не на эти факторы или объекты, а на себя. При этом углубляется конфликт между Я и Сверх-Я, так как Сверх-Я (как топка совести) направляет свою энергию и готовность (к запрещаемому культурой проявлению агрессии вовне) на Я, и это значит, что реализуются саморазрушительные тенденции, которые могут приводить к психическим и психосоматическим расстройствам. А поскольку культура — это то, что налагает запреты, с ее развитием неизбежен рост психопатологии. Этот тезис получил солидное подтверждение в недавних исследованиях, проведенных под эгидой ЮНЕСКО (2009) и Европарламента (2011), которые констатировали, что до 30% населения современной Европы страдает от клинических и субклинических психических расстройств.

На этом же конгрессе Эрнест Джонс в докладе «Рационализация в повседневной жизни», подчеркивая значимость идей Фрейда, в первую очередь выделил идеи неосознаваемых мотивов, а также то, что рациональные объяснения поведения людей (не только агрессивного) обычно чрезвычайно далеки от его действительных причин и не ведут к пониманию их истинных мотивов.

23.2. Вклад Альфреда Адлера

Наиболее значимый вклад в развитие проблемы был внесен Альфредом Адлером в докладе «Влечение к агрессии в жизни и в неврозе», где в качестве основного объяснения феномена агрессии указывалось на «влечение к отвоеванию удовлетворения у враждебного внешнего мира». Адлер также обосновал, что страх составляет одну из фаз влечения к агрессии. В последующем эта идея легла в основу тезиса об идентификации с агрессором, который в краткой форме можно сформулировать следующим образом: «Если я сам буду агрессором, ко мне не смогут проявить агрессии (или мне можно не бояться агрессии)».

В целом, следует признать, что идеи, сформулированные Адлером в 1908 г., не утратили своей актуальности до настоящего времени. Адлером было обосновано, что одним из решающих факторов в жизни любого человека является его отношение к тем задачам, которые он перед собой ставит (или которые жизнь ставит перед ним). Автор констатирует, что в этом отношении человека к тем или иным задачам всегда есть что-то «наступательное», хотя нужно признать, что это типично далеко не для всех людей и не для всех стоящих перед ними задач. В принципе, реакции на поставленные или встающие перед личностью задачи могут быть и вполне пассивными или даже оборонительными, но Адлер уточняет, что он ставит своей задачей изучение именно агрессивного влечения, которое лежит в основе явлений жестокости, властолюбия и садизма. Обратим внимание, что Адлер исходно объединяет в едином перечне жестокость и садизм со стремлением к власти; и множество человеконенавистнических режимов XX в. со всей очевидностью подтверждают этот тезис.

В качестве характерной особенности реализации любых влечений человека Адлер указывает на то, что они обязательно претерпевают культурную трансформацию, приобретают определенную утонченность и специализацию. В том числе автор упоминает сублимацию агрессивного влечения и возможность его превращения в свою противоположность, например жадности — в щедрость, нежности — в садизм, а любви — в ненависть. Примеры последнего варианта «превращений» в изобилии представлены в типичных жизненных ситуациях и исторических международных конфликтах.

Реализация агрессивного влечения, по Адлеру, всегда связана с ориентацией на собственную, «высоко ценимую личность», при этом усиление агрессивного влечения происходит тогда, когда честолюбие или тщеславие личности не получают удовлетворения. Таким образом, агрессивность — это свойство личностей, страдающих чрезмерным честолюбием или тщеславием. В более общем виде это можно было бы рассматривать как ориентацию исключительно на собственные (в том числе извращенные) цели и идеалы при недостаточности устойчивых связей с окружающим миром, чему способствует чрезмерное себялюбие, а также отсутствие (несформированность) чувства привязанности. Современный кризис семейных отношений хорошо известен, а именно семья является той системой, где исходно формируются привязанности. Следующими по значимости «родительскими структурами» являются общество и государство, а кризисное развитие этих структур также стало одной из актуальных проблем современности.

Осуществление агрессивного влечения, как и любых других влечений, всегда связано с чувством удовольствия, а появление препятствий на пути его реализации — с неудовольствием. В современной литературе уже неоднократно высказывалась гипотеза, что если бы люди, задумавшие совершить преступление, вначале приходили к психологам или психотерапевтам,



Альфред Адлер

преступность могла бы быть намного ниже. Но, к сожалению, это следует оценивать лишь как благое пожелание. Влечение к агрессии является столь сильным и в такой степени подчинено принципу удовольствия, что лишь в единичных случаях и лишь у высокоинтеллектуальных личностей оно становится предметом психотерапевтического исследования вместо того, чтобы стать основой преступного действия. Те, кто обращаются за психологической помощью, испытывают дискомфорт от своего состояния и (или) от осознания своих влечений. В отличие от этого, те, кто реализуют свое влечение к агрессии, отличаются преимущественно примитивным складом личности и не испытывают никакого дискомфорта. Наоборот — они наслаждаются не только реализацией своей агрессии, но даже самым предчувствием ее осуществления и ощущениями, сопровождающими фантазии на тему своих только планируемых агрессивных действий и своего мнимого могущества. В обществах тоталитарного типа эти влечения и мнимое могущество практически полностью подавляются системой репрессивной идеологии и аналогичным этой идеологии аппаратом государственно-политического контроля над поведением людей. Но качественно иные внутренние императивы складываются и начинают действовать у субъектов с примитивным складом личности в переходные и кризисные периоды развития общества, поэтому проявления агрессивного поведения на бытовом уровне и в виде поражающих своей жестокостью массовых убийств ни в чем не повинных людей демонстрируют устойчивую тенденцию к росту во всех развитых странах (в среднем в 8 раз за последние 20 лет).

Обобщая свои клинические наблюдения, Адлер отмечает, что люди, имеющие склонность к проявлениям агрессии, нередко (неосознанно) выбирают профессии и специальности, которые позволят им относительно безнаказанно реализовать свои патологические влечения. В перечне таких профессий обычно упоминаются забойщики скота, полицейские, педагоги и некоторые другие. Отталкиваясь от идей введенного им *комплекса неполноценности*¹, Адлер хотя и переходит на органичный уровень доказательств (который с современных позиций можно было бы оценить как не слишком убедительный), но формулирует при этом ряд чрезвычайно интересных и актуальных идей. Исходя из идей общей и парциальной неполноценности, т.е. неполноценности того или иного органа, Адлер утверждает: у неполноценного глаза больше влечение видеть, у неполноценного желудочно-кишечного тракта больше влечение к пище, у неполноценного сексуального органа сильнее сексуальное влечение. Апеллируя к известным случаям психолого-психиатрической экспертизы сексуальных маньяков, будет уместно добавить, что это патологическое влечение не только больше, но и более извращенное, а большинство насильников страдают различными сексуальными дисфункциями. Но здесь уместно продолжить обозначенный Адлером

¹ Комплекс неполноценности по Адлеру — это специфическое самовосприятие человека с низкой самооценкой своих физических и психических качеств, которое характеризуется навязчивым ощущением собственной реальной или воображаемой ущербности, и такой же (имеющей реальную или мнимую основу) завистью к превосходству окружающих. Часто является бессознательным, может, по мнению Адлера, приводить либо к гиперкомпенсации, либо к асоциальному поведению.

ряд феноменов и вторгнуться в не слишком очевидную область психики. В частности, можно предполагать, что (в случае нарциссического развития личности) у неполноценного интеллекта больше претензий на гениальность тех или иных идей, включая человеконенавистнические; а при неполноценной этической установке — больше претензий на особую эстетику. Современный Интернет представляет множество примеров таких претензий на гениальность и «особую эстетику». Потенцирующим фактором является открытость Интернета для популяризации фактически любых идей любыми людьми, включая асоциальных. Кроме того, такие личности нередко демонстрируют парадоксально высокую для них способность к «культурной» трансформации своих примитивных и человеконенавистнических идей, которые, как результат, приобретают (якобы) определенную утонченность и специализацию. Постепенный отказ от всех культуральных запретов на распространение информации привел к популяризации и своеобразному «поощрению» практически всех человеческих пороков, обильно представленных в виде печатной и видеопродукции. Информационное поле в целом стало более агрессивным. При этом в современных психоаналитических исследованиях было убедительно обосновано, что, в отличие от чтения печатной продукции, просмотр того или иного видеоряда неизбежно делает человека косвенным участником (или соучастником) наблюдаемых событий. Вряд ли требуется как-то характеризовать типичный видеоряд современных блокбастеров и то, какие идентификации там предлагаются. Тезис о том, что у людей наряду с высокими имеются низменные потребности, которые ни при каких условиях не должны удовлетворяться (в том числе виртуально), почему-то вызывает неприятие даже в культурной и научной среде, хотя современная действительность со всей очевидностью демонстрирует, что те человеческие пороки, которые в массовом порядке подаются в форме виртуальной информации, затем закономерно трансформируются в такие же массовые проявления в реальности.

Анализ влечения к агрессии дается Адлером преимущественно с клинической точки зрения, но с учетом некоторых современных тенденций привлекает внимание его упоминание о религиозных, межнациональных и расовых конфликтах, а также ссылка на фразу немецкого писателя и мыслителя Георга Лихтенберга (1742—1799): «Это удивительно, как неохотно люди живут по своим религиозным заповедям, и как охотно они за них воюют».

23.3. Вклад Вильгельма Штекеля

Вильгельм Штекель (1868—1940) был одним из первых последователей Фрейда, а его работы и исследования по многим проблемам носили пионерский и даже революционный характер. В частности, именно он обосновал, что мастурбация является естественной стадией формирования взрослой сексуальности, ввел понятие латентной гомосексуальности, исследовал фригидность и, развивая идеи Фрейда об инверсиях, ввел представления о том, что у каждого человека имеются свои, адекватные только ему, нюансы сексуального удовлетворения. Ему же принадлежит тезис, что наряду

с любовью ненависть является одним из важнейших социальных чувств. Но чаще всего его имя упоминается в связи с введенным им для обозначения влечения к смерти понятия «Танатос». В последующем этот термин приобрел более широкое содержание и в настоящее время применяется для обобщенной характеристики любых деструктивных, то есть саморазрушительных, тенденций.



Вильгельм Штекель

Перечень таких саморазрушительных тенденций чрезвычайно велик и постоянно расширяется. К ним обычно относят как преступления и суициды, так и склонность к суицидальным мыслям и суицидальному поведению, включая увлечение экстремальными видами отдыха и спорта, употребление алкоголя и наркотиков, курение, переедание, промискуитет, а также выбор деятельности и профессий, связанных с реальной опасностью или угрозой жизни и т.д. В последние десятилетия особое распространение приобрело понятие аутоагрессии, под которым понимается любая активность, осознанно или неосознанно направленная

на причинение вреда самому себе — физического или, что упоминается реже, — психического. Формы и виды деятельности, так или иначе связанные с возможностью причинения себе физического ущерба, уже упоминались. Но в эту группу следовало бы отнести даже такие бытовые ситуации, когда «в сердцах» кто-то бьет кулаком по столу, причиняя себе боль, или бьется головой о стену, а также характерную для некоторых личностей склонность ввязываться в любую драку или конфликтную ситуацию, даже не зная, почему и отчего она возникла. Наряду с понятием «социально-активная личность», в последние годы для обозначения последней группы молодежи было введено определение «социальный активизм» (с негативной оценочной нагрузкой).

Психическая аутоагрессия также имеет множество форм и индивидуальных вариантов реализации. В частности, к этой группе относятся: самоуничтожение, низкая самооценка, самообвинение, фиксация на чувстве вины и т.д. Все это хорошо известно специалистам, но далеко не всегда привлекает их внимание и воспринимается с должным пониманием, как феномены, требующие терапевтического воздействия. Чтобы патологическая составляющая этого феномена стала более понятной, мы вначале должны признать, что человеку, как и любому другому живому существу, вовсе не должно быть свойственным направлять агрессию на самого себя, так как это противоречит инстинкту самосохранения. Добавим, что за пределами мифов и преданий не так уж много сведений о наличии аналогичных саморазрушительных тенденций у представителей животного мира. А поскольку наше главное отличие от других живых существ — наличие развитой психики и сознания, следовательно, можно предполагать, что именно эти психические структуры ответственны за проявления аутоагрессии.

В психоанализе направление агрессии на себя (или обращение агрессии на собственную личность) рассматривается как защитный механизм.

Проясним еще раз суть этой концепции, которая состоит в том, что самодеструктивное поведение является следствием перенаправления агрессии, исходно направленной на какой-то внешний объект, как правило, столь же любимый, как и ненавистный, или недостижимый для наказания (по объективным или моральным принципам).

Проведенные в начале XX в. психоаналитические исследования случаев суицидов студентов венских университетов позволили сформулировать эту идею еще более ярко: «Себя не убивает тот, кто не хочет убить другого». Специалисты, которым приходилось сталкиваться с суицидом и исследовать его причины, знают, что чаще всего в его основе обнаруживается любовный конфликт, в том числе между возлюбленными, детьми и родителями, или конфликт отношений, например между начальниками и подчиненными. А в последние десятилетия стала устойчиво проявляться и еще одна причина — конфликт между личностью и обществом, а точнее — между публично провозглашаемыми идеалами и повседневной реальностью.

По такому же сценарию развивается интрапсихический конфликт при нарциссическом развитии личности, в частности, имеется в виду конфликт между «тайным идеалом своего Я» (между «собой любимым») и реальным положением личности в существующей или складывающейся иерархии тех или иных отношений (т.е. тем, как эта личность воспринимается и оценивается окружающими). Наиболее часто такие варианты аутоагрессии встречаются у студентов творческих профессий, и причины этого понятны. Молодые люди, которые на протяжении ранней юности — «благодаря» родителям и (или) учителям — уверовали в свою исключительность и талантливость (в обычной школьной среде) вдруг оказываются среди таких же, а в ряде случаев — куда более талантливых сокурсников, и эта нарциссическая рана может оказаться непереносимой.

Штекелю также принадлежит идея о синдроме «веры в великую историческую миссию» (иногда именуемого как «комплекс Христа»). Раскрывая сущность этого синдрома, Штекель отмечал, что существует огромное множество людей весьма скромных способностей, которые в глубине души искренне верят, что им предназначена какая-то великая историческая миссия. И этот разрыв между страстно желаемой (в некотором смысле патологической) потребностью стать известной или уважаемой личностью, и реальной возможностью для таких притязаний может приводить к самым трагическим последствиям, жестокой агрессии в отношении тех, кто не сумел оценить такого «гения».

Вильгельм Штекель был первым, кто уделял особое внимание так называемым «актуальным неврозам» и указал на особую роль «актуальных психических конфликтов». Напомним, что в психоанализе было обосновано, что механизмы, которые определяют развитие психических расстройств, присутствуют в психике всех людей, но для их малигнизации («озлокачествления») обязательно требуется тот или иной актуальный конфликт («триггерный механизм»), который должен превышать (глубоко индивидуальный у каждого) уровень переносимости собственных переживаний.

Когда Штекель ввел понятие «Танатоса», он сразу отметил огромное психическое напряжение, которое возникает в каждом случае соприкосно-

вения не только со смертью, но даже с темой смерти. Рутинизация убийств и смерти, которая сформировалась в современном обществе под влиянием кинематографа и ТВ, конечно же, наложила отпечаток на эту феноменологию. Но здесь следовало бы посмотреть глубже и высказать гипотезу, что сама рутинизация этой темы в самом массовом из искусств является также вариантом психологической адаптации или защиты от тревожности и фрустрации, возникающих от любого соприкосновения с темой смерти (виртуальной или реальной).



Хуго Симберг. Сад Смерти. 1896

Штекелю также принадлежат одни из первых описаний символических проявлений стремления к смерти в фантазиях пациентов, а позднее уже Фрейдом было постулировано, что идеи смерти обнаруживаются практически во всех фантазиях, мифах и сказках. Вряд ли требуются какие-то примеры — при внимательном прочтении это легко обнаруживается в любой детской сказке. Но в некоторых сказках эта идея становится основным мотивом и главной сюжетной линией повествования, например в сказках о «мертвой царевне», о «живой и мертвой воде», о «смерти Кощея» и т.д.

Штекель также внес существенный вклад в исследование латентной гомосексуальности, которая в наше время приобрела характер некой общечеловеческой тенденции. В данном случае речь вовсе не идет о количественном росте лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией, гей-парадах или более толерантном отношении общества к этой проблеме. Еще в начале XX в. Штекель отмечал, что вовсе не прекрасный пол проявляет склонность к новым и все более изощренным эталонам женской красоты, причина в другом. Автор отмечал: глубинная сущность проблемы состоит в том, что генетически заданная «округлость форм» и все прочие атрибуты женственности утрачивают свою сексуальную привлекательность для мужчин. Поэтому женщины вынуждены коротко стричь волосы и постоянно заботиться о том, чтобы вопреки своей природе, выглядеть тонкими и сухощавыми, похожими скорее даже не на нимфеток, а на мальчиков-подростков. Далее Штекель пишет, что женщины вынужденно отказываются даже от того, что на протяжении веков считалось их безусловным достоянием — от стыдливости. При этом все это интерпретируется в рам-

ках все тех же деструктивных тенденций развития современного социума и культуры, в частности, имеется в виду деструкция отношений между полами.

Сколько бы люди не мечтали о личном бессмертии, пока существует только один вариант для реализации этого (безусловно нарциссического) желания: обретение генетического бессмертия в детях. Но и в этом случае мы обнаруживаем неоспоримую правоту тех положений, которые были сформулированы в психоанализе более ста лет назад. В частности, все большую распространенность приобретают идеи «*child-free*», т.е. отказа от желания и возможности иметь детей лицами фертильного возраста. При обследовании современной германской популяции в некоторых регионах таких женщин и мужчин уже около 40%, а аналогичное исследование, проведенное в Московской области, показало, что таких почти 25%.

Фрейд долго не соглашался с идеями Штекеля, но тем не менее должен был признать, что у человека (а сейчас присутствует множество признаков того, что и у человечества в целом) имеется явно выраженное стремление к смерти. Иным способом просто невозможно объяснить феномен агрессивности человека и его неискоренимое стремление к разрушению. Это стремление было не так заметно, пока разрушались традиции и обычаи, исторические памятники, города и страны, или представления о добре и прекрасном. Но сейчас, когда уже нельзя не замечать, что нашими общими усилиями мы почти разрушили ту экологическую нишу (живую природу планеты Земля), в которой мы только и можем существовать, эта тенденция проявляется со всей очевидностью.

В заключение этого раздела приведем чрезвычайно емкую цитату из работы Фрейда: «Если бы целью жизни было некое состояние, прежде никогда еще не достигавшееся, то это противоречило бы консервативной природе влечений. Скорее всего, этой целью должно быть старое исходное состояние, в котором некогда пребывало живое существо и к которому оно стремится вернуться любыми окольными путями развития. Если мы примем в качестве не знающего исключений факта тот опыт, что все живое умирает в силу *внутренних* причин, возвращается к неорганическому, то мы можем только сказать: *цель всякой жизни есть смерть*»¹.

23.4. Вклад Карла Густава Юнга

Тема человеческой деструктивности нашла отражение также в трудах Карла Густава Юнга (1875—1961), одного из учеников и последователей Фрейда, который впоследствии разошелся с ним во взглядах и стал основателем еще одного направления психоанализа, более известного как «аналитическая психология». Юнг предложил собственное описание структуры личности, состоящей из нескольких гипотетических подструктур: Эго, индивидуального бессознательного и коллективного бессознательного.

¹ Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия // Фрейд З. Психика: структура и функционирование : пер. с нем. С. 104

Это Юнга, как и у Фрейда — сознательный центр личности, который включает мысли, чувства, воспоминания, придающие личности единство и лежащие в основе ее самосознания. *Индивидуальное Бессознательное*



Карл Густав Юнг

содержит вытесненные, подавленные или забытые конфликты и образы, которые ранее осознавались или могли осознаваться. В принципе, индивидуальное Бессознательное Юнга подобно Предсознательному в первой топике Фрейда, которое хотя и отделено от Сознания, но при определенных усилиях может быть доступно для осознания. Однако Юнг помещает в индивидуальное Бессознательное еще и *комплексы*, т.е. специфически организованные группы эмоционально заряженных чувств, мыслей и воспоминаний, которые оказывают существенное влияние на все проявления и функционирование личности. По Юнгу, у которого понятия «психика» и «душа» в ряде случаев употребляются как синонимы, комплексы являются «осколками души», возникающими в результате психических травм.

Самый глубокий слой в структуре личности по Юнгу — это *коллективное Бессознательное*, своеобразное хранилище памяти всего человечества, которое присуще каждому индивидууму. Коллективное бессознательное имеет свою структуру, различные элементы которой были обозначены как архетипы (от др.-греч. ἀρχέτυπον — «прообраз» или «первообраз»). Под архетипами понимаются некие врожденные (универсальные) идеи, в свою очередь предопределяющие некие устойчивые или даже универсальные типы реагирования, поведения и мышления всех людей. По мнению автора теории, архетипы образуются как своеобразный осадок чувств или переживаний, устойчиво существующих на протяжении тысячелетий и передающихся из поколения в поколение. Именно поэтому архетипические образы и мотивы бесконечно воспроизводятся в мифологии, легендах и сказках всех народов, а также стабильно проявляются в сновидениях и фантазиях. Юнгом было описано множество различных архетипов, но наиболее известными являются архетипы старца, ребенка, смерти, праматери и героя. Однако за пределами аналитической психологии относительно широкое признание получили архетипы, обозначенные автором, как *Персона, Анима, Анимус, Тень и Самость*.

Персоной Юнг называл социальную маску человека, подчеркивая тем самым разницу между тем, как личность презентует себя и воспринимается в социуме, и ее реальной сущностью. Анима и Анимус отражают совокупность психических содержаний, относящихся к противоположному полу и подвергшихся вытеснению в процессе полоролевой идентификации. Анима представляет собой «внутреннюю женственность» в мужчине, а Анимус — «внутреннюю мужественность» в женщине. Анима и Анимус наиболее ярко проявляются в проекции на представителей противополож-

ного пола, например в признании: «Я наконец встретил(а) женщину (мужчину) своей мечты».

Под Тенью подразумевается совокупность неприемлемых для личности психических содержаний. Этот архетип выражает «темную», биологически обусловленную или животную составляющую личности, включая социально порицаемые сексуальные и агрессивные импульсы (эта структура во многом аналогична Оно Фрейда). Самость — это системообразующий архетип, который (в отличие от Эго) объединяет сознательное и бессознательное, представляет собой «переплетение противоположностей» (хорошего и плохого в одном человеке), обеспечивает единство и стабильность личности. Если апеллировать к терминологии академической психологии, Эго во многом аналогично понятию «личность», где существует несколько типологий, а Самость ближе к появившемуся позднее понятию «индивидуальность», под которой понимается вся совокупность проявлений и неповторимая уникальность каждой конкретной личности.

Деструктивное поведение описывалось Юнгом преимущественно на примере «коллективного психоза» немецкой нации в период национал-социализма. Еще после окончания Первой мировой войны (завершившейся поражением Германии) Юнг начал замечать специфические изменения в бессознательной сфере своих немецких пациентов, которые демонстрировали потребность в жестокости и насилии, «которые нельзя было объяснить их индивидуальной психологией». Позднее Юнг объяснил это тем, что поражение в войне и последовавшие затем социальные катастрофы «усилили стадный инстинкт в Германии». В результате практически все население одной из самых образованных и культурных стран Европы стало жертвой пробудившихся в коллективном бессознательном «темных сил». Именно этот «сдвиг» в коллективном бессознательном позволил затем немцам преодолеть все моральные и нравственные барьеры в неумолимом стремлении компенсировать полученные травмы. В исследовании тевтонской (воинствующей) Тени Юнг апеллирует к образу древнего германского божества Вотана (Одина), который рассматривается автором как вытесненный «плохой объект», возродившийся в коллективном сознании в период общенационального кризиса. Чрезвычайно образно описывая период фашизма как патологическую «одержимость», Юнг отмечает, что каждый человек усиливал слепоту другого, что не позволяло никому изнутри (нации) увидеть и осознать наступившую тьму. «Все они, сознательно или бессознательно, активно или пассивно, причастны к ужасам [фашизма. — М. Р.]; они ничего не знали о том, что происходило, и в то же время знали»¹, — говорил Юнг о немцах после окончания Второй мировой войны.

Дальнейшее развитие эти идеи получили в психоаналитических исследованиях и работах, посвященных феноменам передачи следующему поколению (*trans-generation transmission*).

¹ URL: <http://www.portal-credo.ru/site/?act=news&id=113645> (дата обращения: 22.05.2015).

23.5. Современные проекции

Здесь уместно обратиться к одному из коренных отличий человеческой агрессивности от агрессивности животных, которое отмечает Эрих Фромм в работе «Анатомия человеческой деструктивности». Человек обладает фантазией и может реагировать агрессией на воображаемую опасность; а кроме того, только у человека можно вызвать агрессию методом «промывания мозгов». Применительно к информационной эпохе этот тезис пока не осмыслен.

Агрессия в сообществе социальных (стадных) животных направлена на установление иерархии или, образно говоря, «общественного порядка». Здесь много подобий с человеческим сообществом. Однако установление иерархии в животном сообществе осуществляется в открытой борьбе. И сколько бы скепсиса мы не высказывали в отношении интеллектуальных способностей животных, факт победы и установление иерархии тотчас признается всем стадом или прайдом. Но здесь нет агрессии и ненависти в человеческом понимании, хотя некий ее прообраз существует у высших приматов, где доминантная особь может вымещать свое «настроение» или «обиды» на субдоминантных самцах, а те, не имея возможности ответить, изливают свои «обиды» на каких-то других особях, стоящих ниже их на иерархической лестнице. «Низам» вымещать агрессию не на кого, и она просто накапливается. Таким образом, формируется социальная пирамида, низы которой состоят из особей, которые пасуют перед всеми, им в последнюю очередь достаются все земные блага: лучшее лежбище, еда, самки (а некоторые неким негласным решением вообще исключаются из процесса размножения). Но в целом, главная функция иерархии направлена на сохранение вида — она структурирует «социум» и устраняет бесконечную борьбу между членами сообщества, а бои за обладание самками также выполняют биологически значимую функцию, предоставляя право на производство потомства самым сильным особям.

Но в качестве «дополнения» к этим общебиологическим законам в человеческом сообществе особую роль начинают играть чувства самоуважения, достоинства и признания. При этом, в отличие от животных, нереализованная агрессивность низов может не только накапливаться, но и — при отсутствии выхода — приводить к массовому всплеску агрессии, казалось бы без всякого повода, или «выливаться» на замещающие объекты. Именно такую природу имеют акты вандализма — погромы кладбищ, разбитые витрины, сожженные автомобили, расстрелянные соученики или сотрудники.

В целом, психоанализ признает, что наряду с влечением к жизни (Эросом), агрессивное влечение в равной степени господствует над всей человеческой деятельностью. Напомним, что эта идея была сформулирована в 1908 г., когда агрессивное поведение рассматривалось почти исключительно как патологическое и однозначно осуждаемое культурой. Вряд ли стоит обращаться к истории XX в., двум мировым и сотням локальных войн, демонстрирующим многочисленные образцы эпидемий человеческой агрессивности. Но отметим, что в наше время оценки агрессивности качественно трансформировались: контролируемая агрессия стала рассматри-

ваться не только как допустимое, но и позитивное качество, а низкий уровень социальной агрессии уже давно подается как некий недостаток. В социуме уже давно укоренились такие понятия как «агрессивная реклама», «агрессивные продажи», «агрессивные сети» и т.д.

Одновременно с этим именно агрессивное влечение создает жестокие образы в искусстве, когда повседневная реальность, страхи, навязчивые идеи и галлюцинации смыкаются и становятся как бы неразличимыми. Вряд ли уместно напоминать, что фактически все современное киноискусство в абсолютном большинстве случаев предлагает зрителю видеоряд все более изощренной агрессивности и жестокости. Типичными проявлениями влечения к агрессии являются также восхищение тиранами, а также особый интерес к извещениям о смерти, различным трагическим происшествиям, суевериям, болезням, нагнетанию страха и т.п., которые уже давно составляют основное содержание всех новостных программ и большей части всего современного информационного пространства.

В итоге у людей не только разрушаются связи с внешним миром, но и вообще утрачивается чувство общности и нормальные межличностные отношения и привязанности. В результате возникают такие феномены, как боязнь людей, любви и брака, и формируются новые привязанности, в том числе так называемые «вторичные привязанности» — к деньгам и странностям. Современная действительность дает массу подтверждений этой гипотезе. То, что в современном обществе синонимом успеха стали исключительно финансовые достижения, уже ни у кого не вызывает сомнений. Реже говорится о странностях. Но если посмотреть профессиональным взглядом на большинство развлекательных и юмористических программ, в них легко увидеть элементы тяжелого психического расстройства шизофренического спектра, которое в психиатрии определяется как гебефрения (патологическая дурашливость).

В работе «Влечения и их судьба», рассматривая преимущественно эротическое влечение и чувство любви, Фрейд указывает, что развитие влечений происходит в следующих формах: превращение в противоположное; обращение на собственную личность; вытеснение; сублимирование. В целом, внешний мир становится (или, во всяком случае, воспринимается) большинством субъектов как все более враждебный; принцип удовольствия торжествует; понятие «активный» в современной культуре постепенно трансформировалось в «агрессивный». Это позволяет согласиться с Фрейдом, что судьба влечений, в основе которых лежали Эрос и любовь, и которые на протяжении тысячелетий определяли основные социальные чувства, «может быть следующей: превращение в противоположное». Таким образом, вполне приемлемо допущение, что там, где была любовь и влечение к жизни, вполне реально появление ненависти и влечения к смерти. Эти новые социальные чувства и идентификации пока не получили достаточного осмысления, но массовое распространение идей катастрофизма (как наиболее заметный эквивалент или символизация влечения к смерти) совершенно очевидно. В своих более поздних работах, исследуя происхождение морали, Фрейд, признает, что, возможно, именно ненависть и нелюбовь составляют первооснову всех отношений между людьми. Мораль

в этом случае признается в качестве некоего социального механизма защиты против ненавистных каждой личности этических запретов. Образно говоря, Танатос приходит на смену Эросу.

Современные подходы к агрессии и попытки снижения ее проявлений в социальной жизни базируются почти исключительно на законодательных и полицейских мерах. Но следовало бы признать, что эти попытки вряд ли могут быть более успешными, чем применение полицейских мер против рака или инфарктов и инсультов. Пока психиатры и психологи включаются в исследование агрессивных действий в качестве экспертов только уже после совершенных преступлений, т.е. частных случаев, хотя уже давно стоило бы обратиться к изучению этой проблемы как одной из общенаучных.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Опишите вклад А. Адлера в изучение влечения к агрессии.
2. Раскройте содержание понятия «Танатос».
3. Приведите примеры проекций психоаналитических идей об агрессии на современный социум.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Влечения и их судьба // Фрейд З. Собрание сочинений в 10 т. : пер. с нем. — Т. 3. Психология бессознательного. — М. : Фирма СТД, 2006. — С. 79—101.
2. *Адлер, А.* Агрессивное влечение в жизни и в неврозе // Форум агрессологии. — 2011. — Т. 1. — № 1. — С. 63—71.
3. *Лакан, Ж.* Агрессивность в психоанализе // Форум агрессологии. — 2011. — Т. 1. — № 2. — С. 165—180.

Дополнительная

Кернберг, О. Агрессия при расстройствах личности : пер. с англ. — М. : Класс, 2001.

Глава 24

ПСИХОАНАЛИЗ ХУДОЖЕСТВЕННОГО ТВОРЧЕСТВА

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципы психоаналитической концепции художественного творчества;

уметь

- обнаруживать репрезентацию влечений в сюжетных линиях художественных произведений;

- соотносить произведения искусства с психическими феноменами;

владеть навыками

- интерпретации и объяснения феноменов художественного творчества;

быть компетентным

- в различении манифестного и латентного содержания произведений искусства.
-

Художественное творчество с психоаналитической точки зрения — особая форма репрезентации вытесненных влечений, часто неосознаваемая самим творцом, но настойчиво заявляющая о своем присутствии в виде многочисленных особенностей — от сюжетных линий литературных произведений и характерологических черт персонажей до специфической образности, граничащей с онейрической или психопатологической реальностью фактического автора.

24.1. Формирование проблематики

Постепенное расширение границ психоанализа и его трансформация из терапевтического метода в самостоятельную теорию культуры было обусловлено личностью его создателя. З. Фрейд был не только классически образованным человеком, владеющим широким наследием мировой науки, но и оригинально мыслящим ученым, который свободно ориентировался в пространстве культуры и находил неожиданные параллели между фазами развития индивидуальной психики и особенностями формирования культурных феноменов. Произведения З. Фрейда не укладываются в рамки строго научных жанров: они предстают в виде своеобразных интеллектуальных историй с нетривиальным сюжетом, парадоксами мысли, динамичным действием, яркой кульминацией и непредсказуемым финалом.

Интеллектуализм работ основоположника психоанализа формировался в соответствующей духовной атмосфере эпохи модерна. Кризис рациона-

лизм выражался в философии Ф. Ницше и новых веяниях модернистского искусства, в интуитивизме и увлечениях иррационализмом. Попытки разрешить проблему сложных отношений между различными модусами человеческой жизни и культуры способствовали активному развитию европейской философии, науки, искусства и литературы. Противопоставление витальности и сковывающих витальные импульсы культурных запретов — основная тема эпохи. Представители искусства, писатели и мыслители обращали пристальное внимание на такие феномены психической жизни человека как сновидение, галлюцинация, бред, гипнотизм, экстаз. Культурная жизнь Европы развивалась в динамике напряжения между полюсом декаданса, творческого кризиса и исчерпанности искусства и полюсом ожидаемых творческих озарений, открытий, прорывов.

Обостренное ощущение новизны, неповторимости происходящего, отраженное в модернистском искусстве, способствовало формированию особого типа исторического самосознания. Вена — город, в котором долгие годы жил и работал З. Фрейд, — была в ту эпоху одним из международных центров модернистского искусства. В поисках путей творческого обновления и преобразования культуры представители модернизма обращались к доисторическим, первобытным контекстам, связанным с архаической и мифологической символикой, магией и примитивной религией. Миф становился центральной категорией мысли, позволяющей примирить противоречия, выявить новую нерационалистическую картину мира. Модернистская эпоха — не только время многочисленных кризисов, но и период фундаментальных культурных и метафизических открытий в человеческом бытии.

Психоанализ был погружен в культурные контексты модернистской эпохи и проникнут ее противоречиями: *природное* и *культурное*, *массовое* и *индивидуальное*, *рациональное* и *эмоциональное* — антиномичность указанных категорий стала причиной многочисленных споров, обсуждений, широких теоретических дискуссий в психоаналитическом дискурсе.

Психоаналитическое учение формировалось как опыт преодоления противоречивого состояния европейской культуры.

Начало этому преодолению было положено З. Фрейдом на материале осмысления психических расстройств. Созданная на основе новых данных теория *бессознательного* развивалась З. Фрейдом на протяжении всей жизни, но уже первое определение прозвучало на страницах его знаменитого труда «Толкование сновидений»: «Бессознательное есть истинно реальное психическое, столь же неизвестное нам в своей внутренней сущности, как реальность внешнего мира, и раскрываемое... в той же незначительной степени, как и внешний мир — показаниями наших органов чувств»¹.

Концепция неосознаваемых человеком процессов, в скрытом виде руководящих его деятельностью и мотивирующих его поступки, а также являющихся источником психических расстройств, вышла за границы терапевтической практики и сместилась в область философии и теории

¹ Фрейд З. Толкование сновидений : пер. с нем. М. : Академический проект, 2007. С. 504.

культуры. Однако началом этой концепции был анализ механизмов сновидений (т. е. функционирования *онейрической реальности*). Сновидение определялось З. Фрейдом как первый продукт взаимодействия человека и культуры: это форма галлюцинаторного удовлетворения архаических желаний, вытесненных реальностью бодрствования в бессознательную сферу. Сновидение (онейрореальность) — результат динамического взаимодействия глубинных мотивов индивидуальной психики и культурной среды.

З. Фрейд впервые предложил отнести к сновидениям как строго детерминированной системе: это совсем не бессмысленный набор случайных образов или результат сбоя работы нервной системы. В сновидениях есть смысл и скрытые намерения. Основной тезис «Толкования сновидений» — книги, с которой началась история психоанализа — состоит в том, что любые феномены психики имеют латентный смысл, выявляемый с помощью интерпретационных приемов и аналитических техник.

В дальнейшем психоаналитические построения значительно усложнялись. Парадигматической моделью З. Фрейда становится теория «бессознательной памяти», содержания которой стремятся к компенсациям в виде симптомов или к отреагированию в символических формах. Соответственно в произведениях искусства и литературы, так же как в сновидениях, настойчиво проявляют себя следы бессознательных процессов. Способом их толкования З. Фрейд выбирает анализ систем символов и ритуалов. Символы и ритуальные действия сопровождают прорывы бессознательных импульсов в сферу Сознания, овладевая ими в симптоматических трансформациях или сублимациях. Человеческая культура, таким образом, рассматривается, во-первых, как результат этих трансформационных и сублимационных процессов, во-вторых, как форма подавления хаоса бессознательной психической жизни, и, в-третьих, как овеществленный отпечаток коллективного Бессознательного.

З. Фрейд отрицал случайность психических феноменов. Методологический детерминизм психоаналитической системы мысли направлял исследовательский дискурс на поиск интерпретаций и создание сложнейших объяснительных моделей. Психоанализ был обращен к парадоксальным противоречиям, пробелам памяти, несуразностям любого текста и находил уникальные толкования произведений искусства и литературы, религиозных писаний и высказываний пациентов.

Магистральной тенденцией этих толкований стало использование метода свободных ассоциаций, необходимо заполняющих недостающие звенья в цепи логических заключений. Бессознательное рассматривалось в качестве источника абсолютно всех психических процессов, а Сознание объявлялось иллюзией рациональности.

Определенными вехами психолого-культурологических исследований З. Фрейда стали работы «Психопатология обыденной жизни» и «Остроумие и его отношение к бессознательному». В этих исследованиях была разработана так называемая психоаналитическая неврология. Невротическая симптоматика была приравнена к образам сновидений и истолкована по тем же объяснительным моделям, что и онейрические (сновидческие) комплексы.

К фрейдовской неврологии примыкает концепция инфантильной сексуальности, изложенная в работе «Три очерка по теории сексуальности» и вызвавшая бурю негодований научной общественности. Сексуальность определялась как тенденция к получению телесного удовольствия. Невроз объявлялся результатом конфликта между желанием удовлетворения и ограничениями, которые накладывает на это желание семья, общество и шире — культура. Необходимо подчеркнуть, что З. Фрейд существенно расширяет понимание сексуальности и включает в эту категорию многочисленные проявления потребности в любви, признании, эмоциональной привязанности. Психическая энергия «либидо», выражающая сексуальное влечение, сближается у З. Фрейда с Эросом Платона.

Ближайшие ученики З. Фрейда развивают его идеи как в терапевтической области, так и за рамками клинической практики. На первом психоаналитическом конгрессе в Зальцбурге (1908) Шандор Ференци выступает с докладом о проблемах детского воспитания, что послужило началом развития психоаналитической педагогики. Жесткие ограничительные схемы воспитания перегружают психику ребенка патогенными вытеснениями, которые становятся источником тревожности, ипохондрии и страха смерти. Ш. Ференци ставит вопрос о реформе социальных институтов, призванной дать большую свободу реализации детских желаний. Доклад Ш. Ференци был одним из первых публичных выступлений по проблемам распространения психоаналитических знаний и использования психоанализа вне медицинской сферы.

Фрейд изложил свои идеи по этой теме в статье «“Культурная” сексуальная мораль и современная нервозность» (1908). Здесь отмечалась тесная связь между культурой и провоцируемыми ею психическими заболеваниями, а также обращалось внимание на необходимость реформ в сфере сексуальной морали. Происхождение культуры, как было отмечено, З. Фрейд связывал с необходимостью обуздания и вытеснения архаических влечений. Влияние культуры проявляет себя в подавлении сексуальности моральными установками. Подчинение требованиям культуры выполнимо до определенной степени. Поэтому человеку свойственно протестовать против этих подавляющих функций — культурные революции происходят именно в силу этой причины. Перечисленные идеи будут развиты З. Фрейдом позднее в работе «Недовольство культурой».

Немалое значение для формирования психоаналитического подхода к изучению культуры имели работы Карла Густава Юнга и его знаменитой пациентки и ученицы, россиянки по происхождению, Сабины Николаевны Шпильерейн. Идеи ее докторской диссертации «О психологическом содержании одного случая шизофрении (*Dementia praecox*)» (1911) и научного исследования «Деструкция как причина становления» (1912) прямо и косвенно будут использованы в «Метаморфозах и символах либидо» (1912) К. Г. Юнгом и в работе «По ту сторону принципа удовольствия» З. Фрейдом. Комплекс идей, представленный в этих трудах, расширил психоаналитический контекст далеко за пределы клинической ситуации — в область мифологии, искусства, художественного творчества.

Несмотря на концептуальные расхождения с юнговской аналитической психологией в одной из последних своих работ «Человек Моисей и монотеистическая религия» (1939) З. Фрейд определенно повторит идею о том, что содержание Бессознательного коллективно и является общечеловеческим достоянием. Согласно концепции З. Фрейда культурные феномены находятся в одном ряду с феноменами психики — сновидениями, симптомами, расстройствами речи (*афазиями*), так как они формируются по аналогичным принципам вытеснения и трансформации посредством сублимированной психической энергии.

Одной из первых работ З. Фрейда, в которой психоаналитический метод был использован для анализа произведения искусства и личности художника, было исследование «Леонардо да Винчи. Воспоминания детства» (1910). В работе была предпринята попытка психоаналитического рассмотрения творчества великого художника сквозь призму его детской фантазии и интерпретации картины «Святая Анна с Мадонной и младенцем Христом». Некоторые современные ученые отмечают спорность толкования, предложенного в этом исследовании З. Фрейдом, но сама интерпретационная модель, созданная автором замечательного труда, ее парадигмальная ясность и структурированность, безусловно, стали основой для дальнейшего развития психоаналитической методологии в культурологических, искусствоведческих, литературоведческих исследованиях.

З. Фрейд обращался к теме художественного творчества достаточно часто: наиболее известными его работами из этой сферы являются «Бред и сновидения в “Градиве” Йенсена» (1907), «“Моисей” Микеланджело» (1914), «Достоевский и отцеубийство» (1928). Классический психоанализ определяет художественное творчество или результат сублимации и посредством интерпретации показывает, каким образом душевные движения реализуются в произведениях искусства. Однако ни сам З. Фрейд, ни ближайшие его ученики и последователи, предлагая вниманию те или иные шокирующие обывателя интерпретации, никогда не были категоричны и не претендовали на их окончательность. Более того, З. Фрейд отвергает всякие попытки однозначного понимания генезиса и сути творческого начала; дар личности был для него необъяснимым феноменом; вопрос о том, почему тот или другой психический комплекс находит творческое воплощение в искусстве, а не реализацию в невротической симптоматике, оставался для него без ответа.

Парадоксальным образом искусство в психоаналитическом дискурсе оказывается приравненным к симптомам, сновидениям, забываниям, оговоркам и ошибкам речи. Художественное произведение в символической форме выражает определенное состояние психики, что и позволяет проводить такую аналогию.

З. Фрейд был замечательным знатоком и почитателем искусства: известно его восхищение памятниками искусства античности и эпохи Возрождения, особое отношение к литературной классике. Одновременно с этим он весьма насторожено относился к новаторским формам искусства, включая такое течение как сюрреализм, хотя некоторые представители этого направления считали Фрейда одним из своих идеологов. Тем не менее

состоявшееся в конце жизни З. Фрейда личное знакомство с молодым испанским художником Сальвадором Дали произвело на основоположника психоанализа неизгладимое впечатление.

24.2. Психоанализ творческого акта

Произведения искусства, согласно учению З. Фрейда, подобно сновидениям имеют манифестное и латентное содержание. К латентному содержанию относятся так называемые скрытые мысли и мотивы, которые требуют психоаналитической интерпретации с целью выявления целостного смысла произведения. По Фрейду, в основе неосознаваемого мотива творческого акта лежит желание художника заменить неудовлетворяющий его объективный мир собственной психической реальностью. Подобного рода замена, как убедительно было показано в «Толковании сновидений», происходит и во сне. Аналогия между сновидением и художественным произведением приводит к выводу о том, что при создании художественного произведения задействуются те же самые механизмы, что и при формировании сновидения: сгущение, смещение, символизация и некоторые другие. Позднее французский психоаналитик Жак Лакан (1901–1981) и российский филолог Р. О. Якобсон (1896–1982) существенно дополнили концептуальные возможности, которые дает теоретическое сближение и сопоставление механизмов сгущения и смещения с принципами построения художественных тропов — метафоры и метонимии.

Тем не менее З. Фрейд определял пределы психоаналитического толкования художественных произведений и те границы, за которые психоаналитический метод проникнуть не может: влечения и их превращение — это последний пункт, доступный психоаналитическому познанию. Природа художественного гения недоступна психоаналитическому пониманию. Та-

ким образом, психоанализ не претендует на объяснение феномена художественного творчества, но предлагает интерпретацию мотивов создания художественного произведения и раскрывает их психоаналитический смысл.

Психоанализ художественного творчества изучает формы катарсического взаимодействия личности с проявлениями креативной активности художника, а также индивидуальными особенностями последнего. Катарсис в психоанализе понимается как состояние психологического очищения, связанного с процессом отреагирования внутреннего напряжения через рецепцию художественного произведения. Исторически понятие катарсиса восходит к античной трагедии и означало, по Аристотелю, «избавление от аффектов» через возбуждение в зрителях



Сальвадор Дали.
Морфология черепа
Зигмунда Фрейда. 1938

сострадания и страха. Художник, испытывая эмоциональное напряжение, способен найти способ неразрушительного отреагирования через создание художественного произведения, которое (и в этом заключается квинтэссенция художественного дара) позволит и другим людям также преодолевать внутренний психологический дискомфорт через восприятие этого произведения.

24.3. Теория культуры

Книга Фрейда «Тотем и табу» стала очередным этапом формирования психоаналитической теории культуры. С опорой на данные этнографии, антропологии и анализа психологии первобытных народов З. Фрейд создает принципиально новую, психоаналитическую концепцию тотемистической религии. Геккелевский закон «онтогенез повторяет филогенез» (книга Э. Геккеля «Решето Вселенной» вышла в свет в 1899 г.) позволяет ему провести знаменитую психоаналитическую параллель *«невротик — ребенок — дикарь»*. Исследования в области культуры дают З. Фрейду пищу для размышлений как теоретически обобщающего плана, так и практического терапевтического свойства. Психоаналитическая модель культуры структурируется как система запретов и искупительных ритуалов, предназначенных для снятия страха и нейтрализации чувства вины.

В 1914 г. Фрейд публикует психоаналитический очерк о статуе Моисея, созданной Микеланджело. В этой работе Фрейд предпринимает попытку провести аналогию между историей конкретной личности и историей народа, между индивидуальной и массовой психологией. Впоследствии этот подход получил название психоисторического.

Начиная с 1913—1914 гг., помимо клинической работы З. Фрейд активно занимается исследованием взаимоотношений человека и общества. Постепенно его мысль смещается от категорически негативной оценки репрессивных, подавляющих функций культуры к признанию необходимости сдерживающего характера культуры. Исследовательские размышления и выводы З. Фрейда, связанные с психоаналитическим изучением культуры, к середине 1920-х гг. складываются во вполне законченную единую психоаналитическую философию и теорию культуры.

Безусловная ценность фрейдовского учения о культуре многократно подтверждалась специалистами, как сторонниками, так и противниками психоаналитической картины мира. Наиболее значительными работами З. Фрейда в этой области, относящимися к позднему периоду деятельности, были, конечно, исследования «Психология масс и анализ человеческого Я», «Будущее одной иллюзии», «Неудовлетворенность культурой» и «Человек Моисей и монотеистическая религия».

Психоаналитическое изучение культуры и общества после и параллельно З. Фрейду развивалось в рамках самых разных школ и направлений на Западе и в России. Экзистенциализм был одним из первых философских течений XX в., в котором активно использовались психоаналитические идеи. Психоанализ переосмыслился экзистенциалистами с позиций



Эдмунд Гуссерль (1859–1938) — основатель феноменологии как философского движения. Оказал значительное влияние на философию в Германии и многих других странах, в частности на возникновение и развитие экзистенциализма.



Мартин Хайдеггер (1889–1976) — ученик Э. Гуссерля, немецкий философ-экзистенциалист.

феноменологической методологии. Так, например, Людвиг Бинсвангер разработал оригинальную версию экзистенциального психоанализа на основе феноменологической антропологии Мартина Хайдеггера. Сближение психоанализа и феноменологии Эдмунда Гуссерля привело к появлению экзистенциального психоанализа Жана-Поля Сартра и Поля Рикера.

Работы Эриха Фромма дали новый импульс фрейдовскому учению в философии, политике и социальной психологии. Для основателя Франкфуртской школы социологическая проблематика стала главным направлением исследований с 1922 г.

Многие направления и стили, возникшие в искусстве Западной Европы, получили самое неожиданное преломление в творческой практике российских художников. История авангарда и история психоанализа в России — яркий пример такой специфической рецепции модернистского комплекса идей в контексте русской культуры. Новая эстетика отрицала нормы классической рациональности в искусстве, что, безусловно, сближало ее с психоаналитическим дискурсом, в рамках которого также происходила своего рода деконструкция классической декартовской рационалистической модели человеческого сознания. Идеи З. Фрейда были широко и оригинально восприняты русскими авангардистами, чему способствовал и соответствующий культурно-философский контекст Серебряного века. Романтизация любви и смерти, Эроса и Танатоса, «метафизика пола» — темы, характерные для авторов этой эпохи. «Философия пола» становилась объектом исследовательского интереса даже в трудах русских религиозных мыслителей.

Миф о проточеловеке-андрогине, известный еще Платону, в русской модернистской культуре обретает свое, новое измерение именно в контексте философии пола. В. С. Соловьев, оказавший идейное влияние на всю эпоху, посвятил этой теме труд «Смысл любви», в котором указал на теснейшую метафизическую связь любви и смерти, что во многом предвосхитило психоаналитическую концепцию Эроса и Танатоса, а также учение российской последовательницы З. Фрейда Лу (Луизы Густавовны) Андреас-Саломе (1861–1937).

«Русским Фрейдом» иногда называют философа В. В. Розанова, для которого значение пола было мистико-метафизическим: «Связь пола с Бо-

гом, — отмечал русский мыслитель, — большая, чем связь ума с Богом, даже чем связь совести с Богом, — выступает из того, что все а-сексуалисты обнаруживают себя и а-теистами»¹.

В сочинении русского философа Б. П. Вышеславцева (1877—1954) «Этика преображенного Эроса» (1931), созданного под влиянием психоаналитического учения, была исследована традиционная для русской философии тема противостояния этики долга и этики творчества с учетом открытий З. Фрейда.

Психоанализ, появившись на рубеже XIX—XX вв. как новый психотерапевтический метод, разработал свою общепсихологическую теорию личности, развивавшуюся на протяжении всех последующих десятилетий. Однако одновременно с формированием опыта клинического применения нового метода постепенно складывалась оригинальная стратегия использования психоанализа по отношению к различным сферам науки и культуры — антропологии, этнографии, мифологии, религии, педагогики, политики, искусства, литературы. Свое особое положение как основы психотерапевтической практики и как философской и культурологической концепции психоанализ сохраняет до сих пор. Накопленный на протяжении столетия клинический опыт убедительно доказывает его эффективность при терапии как невротических, так и глубоких личностных расстройств. Трансформация психоанализа в истории культуры XX в. вывела его на одну из важнейших позиций гуманитарной методологии в мировой науке.

Выражая стремление современного человека к познанию особенностей индивидуальной психической жизни и массовых психических процессов психоанализ стал одной из важнейших составляющих современной системы знаний о человеческой культуре и обществе.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Приведите примеры психоаналитических моделей художественного творчества.
2. В чем состоит психоаналитическое понимание катарсиса?
3. Опишите изменение взглядов З. Фрейда на репрессивные функции культуры.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Тотем и табу : пер. с нем. — СПб. : Азбука-классика, 2013. — С. 36—51.
2. *Фрейд, З.* Будущее одной иллюзии : пер. с нем. — М. : АСТ, 2011. — С. 200—212.
3. *Фрейд, З.* Человек Моисей и монотеистическая религия // Фрейд З. Психоанализ. Религия. Культура : пер. с нем. — М. : Ренессанс, 1991. — С. 135—256.

Дополнительная

Шпильрейн, С. Н. Деструкция как причина становления // Шпильрейн С. Н. Психоаналитические труды / пер. с англ., нем. и франц. ; под науч. ред. С. Ф. Сироткина, Е. С. Морозовой. — Ижевск : ERGO, 2008. — С. 109—154.

¹ *Розанов В. В.* Несовместимые контрасты жития. М. : Искусство, 1990. С. 507.

Глава 25

ПСИХОАНАЛИЗ МАССОВЫХ ПРОЦЕССОВ

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- основные феномены массового поведения;
- концепцию психологии масс;
- концепцию патологии масс;

уметь

- объяснять вклад понимающей психологии в интерпретацию массовых процессов;
- описывать феномен передачи следующему поколению;

владеть навыками

- понимания профессиональных публикаций по данной проблеме;

быть компетентным

- в профессиональной интерпретации массовых процессов.
-

Психоанализ массовых процессов — это область психоанализа, предметом которой являются наиболее общие закономерности функционирования больших масс людей, в основе которых лежат механизмы, вскрытые при изучении феномена толпы и особенностей развития тяжелых психических расстройств.

25.1. История развития проблемы

Основоположниками этого направления являются французские ученые Густав Лебон (1841—1931) и Жан Габриель Тард (1843—1904), от исследований которых в развитии своих идей отталкивался Зигмунд Фрейд.

Лебон еще в конце XIX в. опубликовал ряд исследований, в которых предсказывал наступление «эры масс», противопоставляя ее эпохе Про-

свещения и предсказывая общий упадок культуры в недалеком будущем. В частности, автор обосновывал, что в связи с дефектами волевой сферы и низкого интеллектуального уровня большинства членов социума, когда такие люди оказываются в толпе, их поведением управляют преимущественно бессознательные инстинкты самого примитивного уровня. Лебоном были также описаны методы воздействия на толпу, включая роль лидеров и максимально простых лозунгов, которые затем неоднократно использовались тоталитарными режимами.



Густав Лебон

Тард активно полемизировал с Лебоном и проводил сравнительное изучение толпы и публики, предпочитая говорить не о «веке толп», а о «веке публики». Противопоставляя эти понятия, Тард обосновывал, что для формирования примитивного типа мышления и реагирования, тесный физический контакт между людьми (как это происходит в толпе) вовсе не является обязательным условием. Для этого вполне достаточно установления примитивных ментальных связей между отдельными членами социума («публики») и формирования своеобразной интеллектуальной общности людей, которая может создаваться с помощью средств массовой информации, вне зависимости от их месторасположения. Последний тезис обрел свое реальное воплощение с появлением электронных СМИ и Интернета.



Жан Габриель Тард

В следующем параграфе будет приведен краткий пересказ содержания работы Фрейда «Психология масс и анализ человеческого Я» (1926).

25.2. «Психология масс и анализ человеческого Я»

При переходе от понятия «человек» или «личность» к понятию «масса» возникает качественно новый феномен — «коллективное Сознание». Отчасти этот процесс аналогичен тому, как различные клетки тела в своем единстве создают новое качество — целостный организм. Но это «новое качество» применительно к большим массам людей в ряде случаев характеризуется далеко не лучшими свойствами.

В массе резко возрастает внушаемость, психическая заражаемость и столь же значительно снижается критика. Однако психическое заражение имеет еще одно свойство: люди заражаются преобладающими на данный момент или в данный период времени эмоциями. Трудно заразить кого-то неудержимым смехом на траурном митинге, так же как и безудержными рыданиями на вечере юмора.

Члены массы в определенном смысле перестают быть отдельными личностями. Рядом могут оказаться люди, которые при прочих условиях вообще не могли бы найти общей темы для беседы или общей точки зрения. Но в массе они едины. В массе резко возрастает ощущение индивидуального и коллективного могущества, люди начинают вести себя так, как они никогда не стали бы вести себя в другой ситуации, и даже так, как они сами или люди из их ближайшего окружения могли бы ожидать. Повышенная внушаемость, психическая заражаемость, снижение критичности восприятия и ощущения мощи приводят к тому, что человек как бы спускается вниз на несколько ступеней цивилизации, вплоть до стадии варвара. Радиализм, который вначале проявляется только в высказываниях, сменяется актами вандализма и погромами. При этом в массе проявляется еще один существенный феномен: коллективная безответственность. Какой бы проступок или даже преступление ни совершила масса, «это сделал не я» — это сделали «мы или кто-то другой».

Однако для того, чтобы эти свойства массы начали реализоваться, она должна достичь критического уровня «плотности». Даже десять тысяч человек на крупной столичной площади не смогут обрести свойств безликой (обезличенной) массы — плотность должна быть такой, чтобы люди чувствовали определенную стесненность в своем физическом и, как следствие, личностном пространстве.

Одной из центральных фигур массы является ее лидер, а если говорить точнее, — человек, принимающий на себя роль лидера. Подчеркнем еще раз — «принимающий», а не берущий, так как масса, в определенном смысле, всегда жаждет отдать кому-либо эту роль и «отдаться» во власть этого человека. И если он не появляется, масса испытывает разочарование, а если лидеру удастся получить признание массы, то она становится буквально «раболепно послушной».

Коллективное сознание приобретает при этом еще одно свойство: в нем нет (или почти нет) места неуверенности в своей массовой правоте или правоте признанного ею (даже сиюминутно признанного) лидера. В ней также нет места сомнению. Масса всегда считает себя более авторитетной, чем любой другой, даже очень компетентный человек или специалист, и использует для подавления инакомыслия (по отношению к принимаемым ею истинным или ложным идеям) самые примитивные способы поведения.

В отличие от конкретных людей, масса чаще всего склонна к крайним точкам зрения и вообще к крайностям. Под влиянием лидеров, чье поведение и роль социально взвешенны, массы способны на самые высокие проявления самоотверженности, бескорыстия и преданности высоким идеалам. В этом случае масса может функционировать практически без какого-либо стремления к личной выгоде. Однако такие (позитивной направленности) случаи массового поведения в истории не часты. Чаще причины, побудившие массы к действию, имеют в своей основе стремление к личной или коллективной выгоде или базируются на идеях так называемого группового эгоизма. Именно эти идеи, как правило, озвучиваются и подогреваются лидерами, в ряде случаев преследующими (несколько или даже совершенно) иные цели, нежели возглавляемые ими массы.

Когда массы пришли в движение, остановить их чрезвычайно трудно, так как (в рамках новых свойств — «коллективного сознания») массе в целом вообще чужда жажда истины: для нее неважно, кто начал или кто виноват — имеет смысл только бескомпромиссная борьба до конца. А стоящие во главе масс лидеры нередко становятся «заложниками» этих непримиримых настроений и вынуждены или принимать и поддерживать эти настроения, или оставить свои лидерские позиции. В отличие от конкретного человека, масса всегда обезличена и требует, прежде всего, иллюзий. В определенном смысле масса просто «не может жить» без иллюзий, потому что это позволяет погрузиться в мир несбыточных фантазий и доставляет удовольствие.

В целом, каждый человек живет в мире своей психологической иллюзии, которая чаще всего не соответствует объективной реальности, начиная с юношеской уверенности, что «моя девушка лучшая в мире», и кончая убежденностью в безусловной правоте той или иной партии. При этом достаточно хорошо известно, что чем больше у человека (или группы людей, объединенных общими иллюзиями) сомнений в их верности, тем больше

прилагается усилий для их поддержания. Этот феномен существует как на уровне индивидуального, так и на уровне коллективного сознания.

Характерно, что в основе почти всех человеческих иллюзий лежат желания, которые никогда не бывают полностью удовлетворены, прежде всего: счастья, любви, достатка, признания и самоуважения. Причин для таких желаний (и, соответственно, иллюзий именно такой ориентации) даже в самые стабильные периоды развития общества всегда более чем достаточно. Но их восприятие становится еще острее в период социальных и экономических кризисов, когда эти обычные психологические феномены многократно усиливаются и обретают потребность в отреагировании. Характерно также, что в период кризисов эти неудовлетворенные или неисполнившиеся желания накладываются на феноменологию так называемых родовых мифов, суть которых может быть кратко выражена тезисом: «Наш род (народ) не может быть плохим». Поэтому, со свойственной человеку вообще склонностью проецировать вину вовне, все плохое легко находит объяснение в происках неких врагов. В целом, неважно, каких врагов, но лучше — инородцев и живущих «по соседству», тех, кого можно достать и выместить свою обиду.

Этот феномен особенно ярко проявляется между исторически близкими или даже родственными народами — испанцами и португальцами, англичанами и ирландцами, евреями и арабами, русскими и украинцами и т.д. В основе этого психологического феномена лежит естественный человеческий нарциссизм, который всегда существует и проявляется в той или иной мере как на уровне индивидуального, так и коллективного сознания: если кто-то такой же как я, имеет схожую историю, те же национальные обычаи и традиции, похожие языки т.д., но при этом чем-то все-таки отличается, это как бы шарж или карикатура на меня любимого.

Именно по такому сценарию развиваются практически все межнациональные конфликты, психологическая основа которых присутствует фактически, во всех случаях компактного проживания этнически или конфессионально неоднородного населения. Каким бы высокообразованным и культурным не был народ, в нем всегда присутствует нарциссическая уверенность, что он, во всяком случае, не хуже других, а скорее даже лучше (самый яркий пример — массовая трансформация мировоззрения граждан одной самых образованных стран мира — Германии в начале 1930-х гг.). Во многих случаях такие далеко не безобидные массовые фантазии поддерживаются политическими лидерами, так как ничто так не способствует консолидации массы, как национальная идея. Особенно когда нет никаких иных идей для духовного единства и консолидации масс.

Лидер, который в своих публичных выступлениях декларирует, что именно он способен реализовать эти нарциссические иллюзии в сочетании с обещаниями счастья, любви, достатка, признания и самоуважения обычно может рассчитывать на тот или иной (сиюминутный или даже долговременный) успех, даже при отсутствии сопутствующих объективных условий. Успех может быть еще больше, если он катализируется образом врага, который всему этому препятствует.

Если погружение массы в мир фантазий и иллюзий достигает определенного уровня, то возникает качественно новое состояние: массовый не-

вроз, невроз нации или даже наднациональный. Практически все кровавые революции и гражданские войны — это, с точки зрения психологии масс, социальные неврозы. Катализаторами таких эпидемий чаще всего являются не столько объективные условия, сколько конкретные лидеры и поддерживающие их источники массовой информации, которые постепенно «нагнетают» массовую истерию до определенного уровня, а затем предпринимают конкретные шаги по консолидации и направлению движения масс (для реализации своих, нередко узкокорыстных) целей.

В основе таких целей нередко лежит стремление к личной власти или даже патологическое представление о своей мессианской роли в отношении конкретного народа или всего мира. Эти цели чаще всего подаются в некоем культурном обрамлении заботы об общественном благе, а порой не осознаются и самими лидерами, так как они также могут находиться в плену собственных иллюзий или уже упомянутой патологической уверенности, что именно им дано разрешить ту или иную конкретную ситуацию или даже все мировые проблемы. Чаще всего, отвечая общественному запросу, в качестве маскирующих идей провозглашается борьба за справедливость, противодействие национальному унижению и т.д.

Как правило, описанные массовые феномены существуют от нескольких часов (митинг) до нескольких лет (восстания и т.п.) и распадаются либо после «выпуска пара из котла», либо вследствие насильственного подавления. Одним из частых проявлений распада и утраты чувства коллективной безответственности массы является паника или предельная агрессивность. В отдельных случаях могут присутствовать оба феномена одновременно.

Причиной этого чаще всего является коллективный страх, так как организованной массе всегда присуща или даже целенаправленно внушается идея о том, что именно в единстве ее сила. Этот страх нередко может быть несоизмеримым с реальной опасностью или реальной угрозой для каждого члена массы, но эмоциональные реакции, как в случае любого страха, преобладают и нередко побуждают массу к иррациональным действиям. Все указанные механизмы принадлежат к общесоциальным, при этом чем более невротизированна и обездолена масса, на которую проецируются эти законы, тем больше ее непоколебимая уверенность в своей правоте, жесткость психологических установок и неспособность к компромиссам.

25.3. Социальная патология и патология масс

В этой же работе Фрейд высказывает революционную, по сути, идею о необоснованности противопоставления индивидуальных и массовых психических феноменов. При этом автор подчеркивает, что в этом противопоставлении «...многое из своей остроты при ближайшем рассмотрении теряет», в силу чего психология отдельной личности «с самого начала является одновременно также и психологией социальной». Фрейд также дополняет этот вывод тезисом о необходимости рассматривать каждого отдельного человека не как самостоятельного субъекта, а «как члена племени, народа, касты, сословия, институции». Далее автор пишет, что «в отличие

от отдельного индивида, масса (народ, племя) всегда более импульсивна, изменчива и возбудима. Импульсы, которым повинуются масса, могут быть, смотря по обстоятельствам, благородными или жестокими, героическими или трусливыми, но во всех случаях они столь повелительны, что не дают проявляться не только личному интересу, но даже инстинкту самосохранения. Она [масса] чувствует себя всемогущей, у индивида в массе исчезает понятие невозможного»¹. Приведем еще одну цитату из Фрейда: «Масса немедленно доходит до крайности, высказанное подозрение сразу же превращается в непоколебимую уверенность, зерно апатии — в дикую ненависть. Тот, кто хочет на нее влиять, не нуждается в логической проверке своей аргументации, ему подобает живописать ярчайшими красками, преувеличивать и всегда повторять то же самое»².

Идея о том, что не только психология отдельной личности должна (при определенных допущениях) проецироваться на социум, но и выраженная психопатология, которую мы наблюдаем у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, может проявляться в массовом варианте, принадлежит американскому психоаналитику В. Волкану и активно развивается в работах М. М. Решетникова. В частности, В. Волкан, обобщая свой опыт участия в урегулировании арабо-израильского, грузино-абхазского, эстонско-русского и других межнациональных конфликтов, сделал вывод, что все они развиваются «по сценарию паранойи», а М. М. Решетников в ряде работ обосновал этот вывод. В этих новых подходах идея Фрейда распространяется не только на психологию масс, но и на патологию масс.

Для обоснования этого подхода вначале необходимо дать некоторый минимум сведений о паранойе. *Паранойя* относится к моносимптоматическим психическим расстройствам, так как единственным ее проявлением является устойчивый и не изменяющийся бред, который отличается сложностью содержания, последовательностью доказательств и внешним правдоподобием. Все факты, противоречащие бреду, отменяются; каждый, кто не разделяет убеждения такого человека, квалифицируется им как враждебная личность. Описания случаев паранойи представляют один из самых трагических и самых впечатляющих феноменов психиатрии, которые в настоящее время многократно тиражированы в кинематографе. Но наиболее подробного были изучены и описаны всего несколько классических случаев, в частности, случай Рольфинка (Э. Крепелин), случай Вагнера (О. Блейлер) и случай Шребера (З. Фрейд). Анализ этих материалов убедительно демонстрирует, что в клинической картине паранойи почти всегда присутствуют идеи преследования, несправедливости, социального унижения, жертвенности, мученичества и смерти во имя искупления в сочетании с поисками правды, неизбывной потребности в мести и возмездии, реализуемой, в том числе, в виде серийных убийств. Характерно также полное отсутствие чувства вины и раскаяния, а также страха наказания за свои злодеяния.

¹ Фрейд З. Психология масс и анализ человеческого «Я». Психологические этюды. Минск: Беларусь, 1991. С. 422—480.

² Там же.

Как известно, в современной психиатрии одной из основных гипотез о причинах развития паранойи является психосоциальный фактор, в частности, случаи хронического унижения или тяжелые психические травмы, полученные личностью в раннем детстве. Паранойя развивается медленно, так же как у других личностей постепенно формируется их характер, и затем обретает «жесткую» структуру, не поддающуюся коррекции. В. Волканом, по аналогии с индивидуальными случаями паранойи, были сформулированы представления, что при наличии в истории народа тяжелой психической травмы, связанной с массовым (национальным) унижением, через какой-то достаточно длительный период (десятилетия и даже столетия) могут «вызреть» те или иные ложные идеи (идеи отношения). Эти идеи при наличии сопутствующих условий (дополнительных негативных экономических, социальных или политических факторов) затем превращаются в непоколебимую убежденность конкретного народа или этнической группы в своей правоте, избранности Богом, а также в особой мессианской роли в сочетании с идеями гордости, величия и самопожертвования во имя искупления или отмщения. Этот феномен получил наименования «идеологии особого права». При этом такая мессианская роль может приобретать самые жестокие формы реализации.

25.4. Вклад понимающей психологии

В настоящее время практически общепризнано положение, что основы личности, ее отношений и установок закладываются в раннем детстве, где особую роль играют мифы, предания, традиции и культура, на основе которых формируются психологические идентификации. Еще более существенную роль играют психические травмы, но при этом часто забывается, что идентификации ребенка всегда имеют национально-историческую окраску и специфику. Основы понимающей психологии наиболее фундаментально были сформулированы З. Фрейдом и К. Ясперсом. Фрейд, в частности, отмечал, что «идентификация представляет собой самую первоначальную форму эмоциональной связи» с отцом, матерью, родом, племенем и народом. Или, как писал об этом Карл Ясперс: «Каждый человек есть то, что он есть, только потому, что в свое время был заложен совершенно определенный исторический (а не просто общечеловеческий) фундамент». И далее Ясперс обосновывает, что «реальная психическая жизнь [любого члена социума] немыслима вне традиций, передаваемых ему через ту человеческую общность, среди которой он живет», так как именно «в контексте традиции любая вещь или явление... обретает свой язык». При этом автор подчеркивает, что унаследованные через традиции признаки могут длительное время не проявляться, но затем, даже через несколько поколений, при воздействии способствующих условий они могут обнаружить себя во всей полноте: «В сфере наследственных связей ничто не забывается». Прежде чем перейти к следующим разделам главы, отметим, что понимающая и объясняющая психология не имеет никакого отношения к политике — она лишь констатирует факты, но не предлагает каких-либо решений.

25.5. Передача следующему поколению

Еще раз обратимся к работам В. Волкана, в частности, к его статье «Травматизированные общества» (2003), где автор обращает внимание на то, что при исследованиях национальных аффектов и массовых психических травм (нанесенных враждебной группой), особое значение приобретают механизмы передачи следующему поколению. Еще в классических работах Анны Фрейд и Дороти Берлингем было установлено, что от родителей детям передается нечто большее, чем просто тревожность или другие аффекты депрессивного или маниакального характера. Дети выживших после национальных трагедий гораздо глубже идентифицируются с родителями и проявляют признаки и симптомы, относящиеся к прошлым психическим содержаниям их родителей и в целом — к прошлому (свидетелями которого они не были, и быть не могли). Эта концепция «идентификации» хорошо известна как в психоанализе, так и за его пределами. Главное в этой концепции состоит в том, что подвергшиеся тяжелой психической травме взрослые могут «вложить» травматизированный образ себя в формирующуюся идентичность своих детей. В результате такие дети становятся носителями в той или иной степени ущербного родительского образа («модифицированной» и даже «извращенной» Самости), хотя этот образ может существенно варьироваться в зависимости от сопутствующих экономических, социальных и прочих условий. Поскольку после массовой травмы (как правило, вызванной не отдельным индивидом, а большой враждебной группой) одновременно сотни, тысячи или даже миллионы индивидов вкладывают свои травматизированные образы в детей, то в итоге возникает кумулятивный эффект, который определяет психическое содержание идентичности большой группы. В зависимости от внешних обстоятельств (экономических, социальных или политических) общая задача травмированного социума может трансформироваться от поколения к поколению. Например, в одном поколении она может заключаться в оплакивании травмы предков, чувстве стыда и осознании принесенной жертвы. В следующем поколении общая задача может выразиться в потребности мести за утраты и жертвы (хотя это не единственные и не безальтернативные варианты трансформации массовой травмы). Однако, какие бы формы не приобретало проявление памяти о травме в последующих поколениях, основной (бессознательной) задачей остается сохранение ментального представления о травме предков, которое постоянно (на протяжении десятилетий и столетий) укрепляет особую идентичность той или иной ранее подвергшейся массовой исторической травматизации большой группы. В. Волкан назвал такие ментальные представления «избранной травмой» большой группы.

25.6. Пример из практики

В своих работах Волкан описывает события на территории бывшей Югославии, в частности — гражданскую войну (1992—1995) в республике Босния и Герцеговина. После распада Югославии двумя основными нацио-

нальными группами в этой стране оказались православные сербы (31% населения) и боснийские мусульмане (44%). Оказавшись после распада социалистического лагеря в меньшинстве в составе нового государства, в определенном смысле брошенными братьями-славянами, сербы и сербское массовое сознание явились (на фоне нарастающей нищеты и политической нестабильности) наиболее демонстративным примером функционирования такой «избранной травмы». В период кризиса официальные сербские структуры начинают активно пропагандировать негативную «память» об исторической битве в Косово между сербами и мусульманами, когда был пленен и убит сербский князь Лазарь, почитавшийся как национальный герой и в последующем причисленный к лику святых. В результате мусульмане, с которыми сербы относительно мирно жили как единый народ Югославии на протяжении десятилетий, стали «виновниками» всех бед и «легитимной» мишенью ненависти сербов. Напомним, что битва в Косово состоялась 28 июня 1389 г. Через 600 лет после этой битвы при поддержке официальных властей были эксгумированы останки легендарного князя Лазаря. В течение года перед началом «сербско-боснийской» резни гроб перевозили из одной сербской деревни в другую, и в каждой происходило нечто вроде церемонии погребения. Этот, казалось бы, безобидный «ритуал» вызвал «сдвиг во времени»: национальные чувства сербов начали действовать так, как если бы Лазарь был убит вчера, а не 600 лет тому назад. Произошло то, что в психоанализе обычно определяется как «сгущение» чувств и времени в сочетании с регрессом к исторически более ранним видам отреагирования. Тревожность, вызванная экономической и политической нестабильностью, перемешалась с памятью о прошлом и неотреагированной местью. В итоге боснийские мусульмане стали восприниматься как виновники всех исторических бед сербов, что «легитимизировало» любые формы мести: сербы начали убивать, грабить, насиловать — практически с реальной средневековой жестокостью.

25.7. Как бы действовал терапевт?

Отвлечемся от социальной патологии и вернемся к индивидуально-проявляющемуся психическому расстройству. Как бы действовал в такой ситуации терапевт? Во-первых, терапевт никогда не спорит и вообще не конфликтует с пациентом, а также не пытается убедить его в ошибочности или ложности его идей. Поскольку эти идеи составляют «ядро» его личности, любые попытки объяснить пациенту, что для его опасений или ненависти нет никаких причин, обречены на неудачу и утрату контакта. Одновременно с этим перед терапевтом стоит предельно трудная задача — ни в коем случае не притворяться, что ложные идеи пациента соответствуют действительности, так как главная (но очень отдаленная) задача — восстановить более адекватное восприятие реальности. Поэтому идеи пациента принимаются достаточно нейтрально — как то, что действительно «может быть», как нечто реально «возможное», так как только в этом случае можно попытаться найти истоки бредовых идей и установить их взаимосвязь

с индивидуальной историей развития, событиями жизни, отношениями, чувством вины, мотивациями и самооценкой пациента.

В процессе регулярных встреч целесообразно проявлять понимание и сочувствие, но лишь в отношении того, как трудно жить с такими идеями и таким нежеланием понять со стороны окружающих. И здесь нет никакой манипуляции. Ему действительно очень непросто жить с этим. И это нужно понять, принять, и выражать сочувствие абсолютно искренне. Любая неискренность тут же будет обнаружена и обращена против терапевта и терапии. Главная задача терапевта — создание безопасной обстановки, где эти мрачные, грязные или даже человеконенавистнические идеи могут выражаться совершенно свободно. Увы, мы не знаем другого способа освобождения от однажды «вошедших» в сознание идей, иначе как через вербализацию или через их «выход» вместе с речью в сопровождении соответствующих им чувств. В свое время, распространив закон сохранения энергии на психику, Фрейд сделал важнейшее (затем многократно подтвержденное экспериментально) открытие: ни одно психическое содержание, попадая однажды в сознание, никогда не исчезает, а может лишь трансформироваться, в том числе — трансформироваться патологически.

Здесь мы должны вспомнить еще одно важное открытие Фрейда: сама бредовая система может быть «компромиссным» образованием, предназначенным для преодоления неизбежного чувства стыда, унижения или неполноценности.

Естественно, что применительно к массовым процессам все упомянутые принципы и подходы возможны лишь после прекращения межнационального конфликта и требуют достаточно долгой работы квалифицированных специалистов при поддержке соответствующих властных структур и СМИ. Опыт показывает, что даже через 10 лет после завершения межнациональных конфликтов еще не так много надежд на возможность понимания проблем противоположной стороны и реального движения к примирению. Однако они есть.

25.8. Психология масс и фашизм

В заголовок этого раздела вынесено название книги немецкого психоаналитика Вильгельма Райха, изданной в 1933 г. В целом, это исследование относится не только к фашизму, но и к любым формам тоталитаризма. Райх поясняет, что термин «фашизм» не обозначает ничего иного, кроме определенного типа руководства массами и влияния на массы, при этом интересы власти преобладают над интересами масс, а факты искажаются в угоду политическим интересам тоталитарной системы. По Райху, фашизм является концентрированным политическим выражением всех иррациональных реакций обычного человека, поэтому проблему фашизма следует рассматривать как проблему масс, а не какого-



Вильгельм Райх

то Гитлера или какой-то партии. Более того, автором книги было предсказано, что фашизм — это не только германское, а международное течение, которое постепенно проникает во все общественные органы всех стран. Факторами, способствующими появлению фашизма, являются национальное унижение (в 1920—1930-х гг. оно было связано с поражением Германии в Первой мировой войне, тяжелым экономическим кризисом и политической нестабильностью), авторитарная идеология семьи, манипуляция чувствами и революционная фразеология. Будучи очевидцем прихода к власти фашистов, Райх описывал, как агитаторы зазывали людей в национал-социалистическую рабочую партию, объясняя им, что «Гитлер — это немецкий Ленин», и многие коммунисты легко меняли свои партийные убеждения. По мнению Райха, не Гитлер привел Германию к тоталитаризму, а авторитарная психологическая структура широких масс востребовала приход к власти диктатора. По этой же причине автор считал (в 1933 г.) неизбежным будущий крах интернационализма и СССР. Учитывая, что националистические настроения набирают силу практически во всех европейских странах, следует отметить, что для дефашизации общества и государств Райх предлагал качественно пересмотреть структуру семейных, межличностных и социальных отношений на основе примата общества над государством. Работа Райха имеет выраженную политическую окраску и направлена как против фашизма, так и против коммунистической идеологии, хотя на момент выхода книги Райх все еще был членом Коммунистической партии Германии.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Назовите основные феномены массового поведения.
2. Объясните различие между подходами Лебона к «психологии толпы» и Тарда — к «психологии публики».
3. Изложите гипотезу о патологии масс.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фрейд, З.* Психология масс и анализ человеческого «Я» : пер. с нем. — СПб. : Азбука-Аттикус, 2013. — С. 67—84.
2. *Волкан, В.* Расширение психоаналитической техники : пер. с англ. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2012. — С. 170—191.
3. *Райх, В.* Психология масс и фашизм : пер. с нем. — М. : Университетская книга, 1997. — С. 31—62.

Дополнительная

Решетников, М. М. Клинический метод в изучении и разрешении межнациональных конфликтов // Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора : сб. ст. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2004. — С. 37—64.

Глава 26

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХОАНАЛИЗА (ПРИНЦИПЫ ПЕТЕРБУРГСКОЙ ШКОЛЫ)

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения современных подходов к теории и практике психоанализа;

- концепцию интерперсонального подхода;

уметь

- критически оценивать традиционные модели психоаналитической подготовки и тренинга;

- характеризовать наиболее существенные составляющие классического подхода к психоанализу;

владеть навыками

- творческого переосмысления различных этапов развития психоанализа;

- самостоятельной работы с современной психоаналитической литературой;

быть компетентным

- в профессиональном анализе тенденций развития психоанализа.

Понятием «*тенденция*» (от лат. *tendentia* — «направленность») определяется направление развития какого-либо социального явления, общественной, научной или художественной мысли, основополагающих идей или научных направлений.

Принципы (от лат. *principium* — «начало») — основные идеи, лежащие в основе всех других положений и правил какой-либо деятельности. Как правило, принципы базируются на внутренних убеждениях и установленных нормах поведения, которые обосновываются практическим опытом.

Школа — определенная система научных взглядов, а также сообщество ученых, которые придерживаются этих взглядов. Обычно формируются на базе кафедр, институтов и объединений ученых.

26.1. Классическое наследие

В классическом психоанализе основные терапевтические подходы базировались на идеях особой роли вытесненных воспоминаний (детских и актуальных психосексуальных травмах), а также на восстановлении

бессознательных содержаний, их интерпретации и инсайтах пациента. В центре внимания аналитиков находились преимущественно интрапсихические процессы и конфликты, выявление которых осуществлялось методом свободных ассоциаций, путем исследования сновидений и фантазий.

Однако постепенно фокус сместился на интерперсональный и позднее — на интересубъективистский подход, а именно — на специфику и качество отношений между пациентом и аналитиком как наиболее значимые факторы успешности терапии. Сразу отметим, что это вовсе не отрицает значимость классических подходов З. Фрейда, которые остаются фундаментальными основаниями всего психоанализа. Напомним эти подходы еще раз:

- все мышление и поведение человека (как в норме, так и при патологии) подчиняется причинно-следственным законам, при этом причины носят отчасти наследственный характер, а отчасти обусловлены превратностями судьбы;

- мышление и поведение относительно строго мотивированы (детерминированы) всем предшествующим развитием и индивидуальной историей личности, ее прошлыми и актуальными психическими травмами, при этом сами мотивы чаще всего принадлежат бессознательному (скрыты от осознания пациентов);

- в бессознательном ничего не забывается и не стирается, все хаотически перемешано (включая фантазийные и реальные образы и события), не связано с причинно-следственными отношениями и существует в неопределенном времени, что определяет высокую мобильность «вложений» (материала пациентов);

- симптом в психоанализе не несет практически никакой прагматической информации о реальной причине психического расстройства — он лишь указывает на ту или иную степень психического дискомфорта или дезадаптации личности, вплоть до полной утраты связи с реальностью;

- феномены переноса, вытеснения, сопротивления, рационализации, отрицания, идентификации, интроекции, проекции и др., так же, как и анализ сновидений и ошибочных действий, остаются ключевыми понятиями и механизмами, которые неизбежно проявляются при любой терапии и должны адекватно учитываться и интерпретироваться;

- одной из наиболее существенных задач психотерапии является инсайт пациента, когда он (не без помощи аналитика, но и без его прямого участия) обретает способность устанавливать эмоциональные или смысловые связи между образами, событиями или переживаниями, о которых ранее даже не задумывался и не подозревал;

- несмотря на свою значимость, инсайт (когнитивный или эмоционально-аффективный) не является главной задачей терапии, которая не ограничивается тезисом «сделать бессознательное сознательным» — это лишь еще одна отправная точка для движения в сторону изменений;

- наиболее сложной и протяженной частью терапии является проработка.

26.2. Принцип психоаналитической нейтральности

Можно было бы упомянуть еще несколько ключевых положений, но сейчас вернемся к интерперсональному подходу, одно из главных положений которого (применительно к любой модальности) можно было бы сформулировать так: психотерапия — это не то, что терапевт делает с пациентом, а то, что происходит между ними. Фактически, этот тезис уводит нас от длительно существовавшего принципа психоаналитической нейтральности, и одновременно предъявляет особые требования к личности терапевта как одного из главных участников специфического межличностного взаимодействия. Прежде всего, следует подчеркнуть, что далеко не каждый может стать успешным терапевтом, даже получив солидную общеобразовательную, теоретическую и практическую подготовку. Для этого, не менее последних, требуется внутренняя (присущая личности как таковая) культура общения, особые черты характера (прежде всего — доброжелательность и терпимость), искренний интерес к людям, душевная теплота, способность к эмпатии, эмоциональная зрелость и устойчивая система ценностей. Отдельно следует упомянуть высокую психоэмоциональную выносливость, так как материал, который приносят наши пациенты, иногда требует запредельного психического напряжения, и не на несколько часов или дней, а на годы.

Наиболее значительный вклад в интерперсональный подход внесли аргентинские аналитики Маделайн и Вилли Баранджер, которые исходили из того, что человек никогда не существует изолированно — вне межличностных отношений и вне влияния других людей. Поэтому рассмотрение пациента в качестве некой «монады» — это фикция. Каждая личность по-разному проявляется в отношениях с различными другими субъектами, как в быту, так и в психоаналитическом процессе. Точно так же могут различаться трансферы по отношению к разным аналитикам. В свою очередь каждый аналитик меняется в процессе работы с каждым новым пациентом или анализантом. Таким образом, каждая аналитическая сессия является парной ситуацией, в которой все вспоминаемые и воображаемые сюжеты и межличностные ситуации переживаются, но никогда не воплощаются в реальном взаимодействии пациента и аналитика; а оба участника аналитического процесса функционируют в рамках отношений «как если бы» (если бы аналитик был моей матерью или отцом и т.д.) и в аналогичных рамках временных параметров (как если бы «там и тогда» было «здесь и сейчас»).

Маделайн Баранджер (род. 1920) и **Вилли Баранджер** (1922–1994) — аргентинские психоаналитики французского происхождения, исследователи психоаналитического поля и психоаналитического объекта.



26.3. Дорашивание, социализация и инсайт

В целом, интерперсональный подход развивает идею Фрейда о дорашивании и социализации пациента. Этот подход в последние годы нередко характеризуется как обучение или дообучение, который реализуется уже после достижения инсайта пациента. То есть, после того, когда вначале терапевт, а затем с его помощью и пациент, установили причинные и смысловые связи между событиями и чувствами, о существовании которых пациент ранее даже не подозревал. Сделаем существенное примечание: терапевт не формулирует инсайт и не подносит его как «подарок» пациенту — он подводит его к собственному инсайту, но может принимать участие в интерпретации инсайта пациента, когда тот уже состоялся. Такая интерпретация практически всегда способствует снижению тревоги и эмоционального напряжения, особенно если пациент доверяет терапевту и у них сформировался достаточно прочный терапевтический альянс.

После интерпретации, а чаще после нескольких интерпретаций, которые носят отчасти дидактический, а отчасти суггестивный характер, у пациентов нередко возникает эффект «сверх-понимания» и благополучия, который катализируется явным или скрытым одобрением (или выражением удовлетворенности достигнутым) у терапевта. Терапевт может оценить это как существенный шаг к более зрелому восприятию собственной личности и поведения, и некоторые коллеги вполне удовлетворяются таким вариантом преодоления невротического конфликта. Но чаще всего это оказывается весьма неустойчивым и кажущимся успехом. В процессе проработки к инсайту и к различным (или даже одним и тем же) вариантам его интерпретации целесообразно обращаться многократно. Здесь психотерапия вновь смыкается с дидактикой и следует тем же принципам, как и при социализации ребенка в детстве, когда его последовательным и многократным (доброжелательным) убеждением приучают к горшку, мытью рук или формируют представления о добре и зле в процессе многократного рассказа (или пересказа с элементами интерпретации) одних и тех же сказок.

Повторим еще раз. Роль ранних (травматических) воспоминаний и индивидуальной истории ничуть не умаляется, но и не рассматривается в качестве основной цели психокоррекционного воздействия или отправной точки будущих изменений. Постепенно качественно изменилось отношение к психоаналитической нейтральности. Этот принцип был объективно необходимым на исследовательском этапе развития психоанализа. Поясним эту идею на простом примере. Если мы исследуем процессы горения того или иного вещества, естественно, что в этом случае исследователю отводится роль предельно пассивного нейтрального наблюдателя, который фиксирует все происходящие при этом процессы — температуру горения, длительность, продукты горения и т.д. Он исследует именно процессы горения, а не то, как этих процессов избежать или прекратить их. Точно так же появление микроскопа стимулировало массу открытий, включая, например, открытие формулы крови, подсчет количества лейкоцитов, тромбоцитов и т.д. Но эти новые методы исследования не предоставляли никаких прагматических данных для успеха терапии. Врач-исследователь

и врач-терапевт — это вообще разные специальности. Продолжая эту аналогию, следовало бы признать, что некоторые аналитики в своей работе продолжают следовать исследовательской парадигме Фрейда. В этом нет большого греха, если они ставят именно исследовательские задачи или если речь идет о первом этапе терапии (диагностических сессиях). Но на последующих этапах нейтральность аналитика может приобретать характер негативного фактора терапии и оцениваться пациентом как отстраненность, душевная холодность, отсутствие интереса к его личности или даже молчаливое презрение и отвержение. Добавим, что нейтральный аналитик рядом с рыдающим от душевной боли пациентом — это что-то наподобие стоматолога-садиста, пренебрегающего обезболиванием. Вообще нейтральность — это предельно искусственное отношение, к которому могут быть определенные показания и которое может применяться, когда это необходимо. Но оно уже давно не входит в перечень основных правил психоанализа. Одновременно с этим более взвешенный подход к принципу нейтральности вовсе не означает, что терапевту позволено высказывать некие оценочные суждения, поощрения или порицания, или навязывать пациенту свою систему эталонов поведения и ценностей. Пациент всегда отчасти идентифицируется с терапевтом и одновременно приписывает ему даже те позитивные качества, которых у последнего может не быть. Более того, в рамках этой (отчасти фантазийной) идентификации с терапевтом он склонен формировать свои прекоцепции о здоровой личности, адаптивном реагировании, системе смыслов и ценностей, отражая и интроецируя личность терапевта, но терапевт, повторим еще раз, не может и не должен ничего навязывать. Тем не менее в рамках интерперсонального подхода терапевту позволено большая степень самораскрытия, в том числе предъявления своих чувств, мыслей и идей пациенту. Таким образом, принцип нейтральности сохраняется, но становится относительным и гибким.

Исследуя проблемы пациентов, чрезвычайно важно установить источники и историю развития той проблемы, которую он предъявляет в качестве основной. Чаще всего отклонения в нормальном развитии происходят незаметно, как бы исподволь, и лишь затем (по истечении какого-то периода времени) приобретают реальное звучание. С точки зрения внутренних ресурсов личности целесообразно уточнить — были ли провоцирующие факторы мощными и одномоментными или психическое расстройство развивалось постепенно, путем накопления нескольких, на первый взгляд, не таких уж существенных (для кого-то другого) аффектов, т.е.: с каким адаптивным и дезадаптивным багажом пациент приходит в терапию? Дополнительным вопросом является установление интрапсихического или межличностного психогенеза предъявляемого материала.

26.4. Симптом

Существенные изменения происходят и в отношении симптомов. Как известно, в начальный период развития психоанализа считалось, что, в отличие от соматической медицины, симптомы никак не указывают на причины страдания пациентов или «поврежденные» области психики; они

лишь демонстрируют ту или иную степень психического расстройства, причем одни и те же симптомы могут иметь самые различные причины. Поэтому нашими предшественниками подчеркивалось, что работа аналитика вовсе не должна быть ориентированной на устранение симптома, так как без выявления и проработки психодинамических факторов, лежащих в его основе (которые у всех пациентов разные), рецидивы неизбежны. Чаще всего в этом случае один симптом заменяется другим, как это было в случае Анны О., когда нервный кашель, неспособность говорить на родном языке и т.д. сменились синдромом мнимой беременности. Более того, хорошо известно, что механизмы образования симптомов во всех случаях глубоко индивидуальны, а объективные проявления психического страдания могут быть одними и теми же. В этом есть и остается определенная доля истины. Тем не менее, как показывает клиническая практика и систематические исследования, симптом-ориентированная терапия может быть достаточно успешной, а устранение симптомов приводит к существенному улучшению состояния пациентов, часто вполне удовлетворяет их спрос, а состояние и самочувствие могут оставаться после такой терапии вполне удовлетворяющими пациентов на протяжении неопределенно длительного времени. Избавление от симптома и ощущение внутреннего комфорта также позитивно сказывается на межличностных отношениях пациентов.

В любом случае терапевт исходит из запроса пациента, его духовных, ситуационных, временных и финансовых возможностей. Если пациент ориентирован исключительно на избавление от симптома и параллельно сообщает, что для систематической терапии у него есть всего 2—3 месяца и на такой же период рассчитаны его материальные ресурсы, этот запрос должен быть удовлетворен (и в этом случае целесообразно сочетать психоанализ с некоторыми техниками из когнитивно-бихевиоральной терапии). Совершенно иные терапевтические походы и техники, а также иной сеттинг предлагаются, когда пациент не ограничен во времени и средствах и хотел бы «разобраться в себе», имеет явные характерологические особенности или страдает пограничной патологией.

26.5. Сеттинг

На протяжении длительного периода основное различие между психоанализом и психоаналитической терапией (при множестве мелких нюансов) было связано с интенсивностью сеттинга. Считалось, что если сессии проводятся реже, чем четыре раза в неделю, это не может именоваться психоанализом, так как вряд ли будет способствовать адекватной психодинамике, формированию переноса и достижению инсайта, и должно рассматриваться как психоаналитическая терапия. Точно с таких же позиций оценивался персональный профессиональный тренинг психоаналитиков. При этом протяженность последнего составляла как минимум четыре-пять лет, а иногда растягивалась на десять лет, в связи с чем у коллег возникал естественный вопрос: неужели все потенциальные аналитики более нарушены, чем их будущие пациенты?

Однако постепенно все больше даже ортодоксальных психоаналитиков (правда, мотивируя это финансовыми проблемами и затратами времени пациентов) начали переходить на три, две и даже одну сессию в неделю, как с пациентами, так и анализантами, проходящими профессиональный тренинг. При этом оказалось, что психотерапевтический процесс и его успешность, во всяком случае у пациентов с невротическим уровнем организации личности, никак не страдают. Имеются отдельные наблюдения, что даже у пациентов психотического уровня (в случае их относительной адаптации к требованиям культуры и социума) наблюдается реальный прогресс при самом низком уровне сеттинга. Тем не менее встречаются пациенты, которые проявляют заинтересованность именно в высочайшей интенсивности сеттинга. В некоторых случаях высказываются просьбы о двух сессиях в день — утренней и вечерней, а также возможности дополнительных телефонных звонков, без которых, по словам пациентов, им «просто не выжить». Фактически, формируется новый невроз или новая зависимость — все мысли таких пациентов и вся их жизнь оказываются поглощенными процессом психотерапии. Они бы с удовольствием вообще не расставались с терапевтом, и активно демонстрируют желание его «поглощения». Естественно, что такое развитие событий никак не приближает пациента к каким-либо позитивным изменениям. Для таких пациентов характерно типичное (высказываемое или тайное) заблуждение, что именно психотерапевт и сам процесс общения с ним приведет к желанным результатам, а их собственные усилия и энергия направляются не на внутренние проблемы, а на принуждение терапевта тратить на них как можно больше времени, в общем-то, без особого эффекта. Нужно признать, что при высокой платежеспособности пациентов, в некоторых случаях им удастся реализовать собственное «понимание» психотерапевтического процесса, и навязать терапевту именно такой стиль межличностного общения, не имеющий никакого отношения к психотерапии. Психотерапевт любого направления всегда отчасти принимает на себя роль воспитателя (преимущественно путем «корректирующего эмоционального опыта», по Ф. Александру, или «дозированной интроекции кусочков своего Супер-Эго пациенту», по Дж. Стрейчи), но ни в коем случае — круглосуточной няньки для не способного к рефлексии «младенца».

Джеймс Стрейчи (1887–1967) — британский психоаналитик, переводчик работ З. Фрейда на английский язык. Редактор академического издания собрания сочинений Фрейда.



Безусловно, если у пациента, например с паническими атаками, зашкаливает уровень тревожности, вначале сессии могут быть более частыми, как минимум 2–3 раза в неделю. Но по мере купирования таких приступов или снижения их интенсивности целесообразно сокращать количество сессий до двух или даже одной в неделю. Если рабочий альянс сформирован, а психодинамический процесс запущен, он продолжается независимо

от того, находится ли психоаналитик рядом или в другом городе. Терапевт не должен становиться костылем для пациента «с травмой», наоборот — ему нужно всего силами препятствовать формированию у пациента представлений о том, что он способен уверенно перемещаться по жизни только при наличии этой опоры. Главная задача психотерапевта принципиально иная — помочь пациенту обрести веру в себя и свои силы.

26.6. Гибкость сеттинга

Как ранее, так и сейчас многие терапевты тяготеют к жесткости сеттинга. После обсуждения того, насколько это удобно для пациента и для терапевта, обычно устанавливаются конкретные дни визитов и их временные рамки. Например, только по вторникам и четвергам, с 17:00 до 17:45. Однако нужно не забывать, что мы живем в чрезвычайно динамичное время, а наши пациенты в ряде случаев демонстрируют (вернее вынуждены демонстрировать) высочайшую мобильность: во вторник пациент был еще здесь, а в четверг — обязан быть в Париже или Вене. Кроме высоких профессиональных качеств психоаналитик должен обладать самой обычной человеческой доброжелательностью и с понимаем относиться к запросам пациента, ибо терапия — это лишь часть жизни наших клиентов. Встречи могут (по взаимному согласию) переноситься, отменяться, пролонгироваться или даже сокращаться. По мере улучшения психоэмоционального состояния пациента или снижения остроты проявлений его симптомов частота сессий обычно снижается, а может уменьшаться и их протяженность (например, до 30 минут). Согласие пациента на такие предложения терапевта — это еще одно свидетельство прогресса терапии. При завершении терапевтических отношений вполне эффективными и одновременно подготовительными к расставанию могут быть промежутки между сессиями в одну — две недели и даже в один месяц. В других случаях — опять же, по обоюдному согласию терапевта и пациента, — сессии могут быть нерегулярными, но этот вариант не относится к начальному периоду терапии, так как в это время стабильность сеттинга играет роль самостоятельного терапевтического фактора. Пациента не лечат, более того, сообщение человеку с расстройством психики, что он «больной», носит уничижительный и оскорбительный характер. Пациентам помогают развиваться, восстанавливать и укреплять их Эго, обучают их способности общения со своим внутренним миром, замечать, понимать и принимать те позитивные изменения, которые происходят в процессе терапии.

26.7. Кушетка и ее значение

О значимости кушетки как некоего маркера психоанализа, способа достижения состояния относительной релаксации и более комфортных условий для обсуждения интимных и сокровенных тем (когда взгляд глаза в глаза исключается) написаны десятки статей и книг. Но не наличие ку-

шетки делает сеансы психоаналитическими. Они становятся таковыми только в случае применения адекватных психоаналитических техник, квалифицированной работы с сопротивлением, переносом и защитами. В последние десятилетия получает все большее распространение подход, который базируется на *обсуждении* (вместо директивного предложения «прилечь на кушетку») той позы, которую предпочитает конкретный пациент. При этом приоритетным является мнение пациента. Безусловно, положение лицом к лицу создает больше напряжения, как у пациента, так и у терапевта, но одновременно с этим снижается вероятность существенного регресса пациента в терапии, а взаимодействие с терапевтом обретает дополнительный невербальный фон (в том числе считываемый с лица терапевта), делает общение более активным и естественным, так же, как и формирование переноса (как позитивного, так и негативного). В целом, перенос формируется как своеобразное отраженное чувство, как реакция на искреннюю заинтересованность в общем-то постороннего для пациента человека к его проблемам и переживаниям. Дополнительно отметим, что глубокая регрессия, которая ранее считалась почти естественным и некоторое время даже важным компонентом терапевтического процесса, в настоящее время большинством терапевтов не поощряется, более того, ее стараются не допускать. Если пациент лежит на кушетке, при появлении заметного регресса ему обычно предлагают провести оставшуюся часть сессии лицом к лицу.

Карл Роджерс (1902—1987) — американский психолог, один из лидеров гуманистической психологии, основатель так называемой ненаправленной, или «центрированной на клиенте», психотерапии. Основная работа: «Взгляд на психотерапию. Становление человека».



Положение лицом к лицу предъявляет повышенные требования к невербальным посылам терапевта, способствует определенной фиксации пациента на обсуждаемой теме, а осознание зрительного контроля терапевта нередко в существенной степени снижает возможности пациента для сопротивления — в его сознании или даже бессознательном невольно формируется представление, что терапевт и так все видит по его лицу. Некоторые начинающие специалисты пытаются говорить с пациентами неким «особым голосом» или с особыми интонациями, или с неким особым выражением лица. Все это можно было бы охарактеризовать одним термином — «псевдородительская позиция». Ничего этого не требуется. Наиболее точную рекомендацию дал в свое время Карл Роджерс: «Человек пришел к человеку». А все наши отличия от других людей состоят только в облученности высоким знанием о механизмах функционирования психики, как в норме, так и при тех или иных психических расстройствах, а также в желании и способности реально помогать, поощряя пациента к достижению автономии. Проблема сепарации не должна появляться только на за-

ключительном этапе терапии, она должна присутствовать с самого начала, вплоть до установления (по согласованию с пациентом) конкретной продолжительности терапии и срока ее окончания. Эти конкретные даты и сроки, вне сомнения, могут обсуждаться и переноситься, но для некоторых пациентов такие временные и финансовые «рамки» чрезвычайно важны и становятся мощным стимулятором работы над собой, поощряя естественное для любого человека стремление к независимости. Такой подход может быть достаточно адекватным для пациентов с невротическим уровнем психических расстройств, но для пограничных пациентов и в других, более серьезных случаях, как правило, требуется достаточно длительная терапия.

26.8. Понятие «лечения»

Практически до конца XX в. психоаналитики, следуя медицинским канонам, в своих публикациях и в повседневной жизни традиционно именовали своих пациентов больными, их психические расстройства — болезнями, а свое взаимодействие с ними — лечением. Однако постепенно, скорее интуитивно, чем на основе какой-то новой концепции, все больше коллег стали употреблять определения «клиент» или «пациент», говорить о личностных нарушениях или тех или иных психических расстройствах и терапии или психологической коррекции. И хотя терапия — это синоним лечения, но в этом варианте этот термин приобрел качественно иное, можно сказать — психологическое содержательное наполнение. Это, по сути, стало, с одной стороны, первым шагом в сторону ухода от медицины и ее биологических концепций, а с другой — переходом к метапсихологической и психодинамической парадигмам всей психотерапии. Выше уже упоминалось, что симптом имеет применительно к психопатологии принципиально иное значение, а понятие «болезнь» по всем медицинскими критериям вообще не применимо к психическим расстройствам, так как когда что-то обозначают термином «болезнь», подразумевается, что строго выполнен целый ряд фундаментальных положений. В частности, что установлено и точно описано:

- 1) чем она вызывается (ее этиологический фактор — вирус, бактерия, химические или физические факторы и т.д.);
- 2) по каким физиологическим механизмам она развивается (ее патогенез);
- 3) какие органы и ткани организма при этом поражаются болезненным процессом, и как эти изменения в органах и тканях проявляются на макроскопическом уровне и при микроскопическом исследовании;
- 4) какие телесные симптомы проявляются на тех или иных стадиях развития болезни;
- 5) по совокупности каких симптомов выносится заключение, что человек страдает именно таким заболеванием, а не каким-то другим;
- 6) какие клинические, аппаратурные (рентген, ЭКГ и т.д.) и биохимические анализы позволяют подтвердить, что речь идет именно об этом конкретном заболевании;

- 7) какова схема лечения;
- 8) каковы критерии выздоровления.

Естественно, все это не имеет никакого отношения к психике. В принципе, практически любой хороший врач общей практики, если ему предоставить весь перечень клинических анализов и данные аппаратурных исследований, даже не видя пациента, с высокой долей вероятности поставит верный клинический диагноз. Но не существует ни одного сколько-нибудь надежного биологического маркера, который позволил бы сказать, что у этой личности нет никаких психических расстройств, а у этой — невроз или пограничное расстройство. Единственными диагностическими критериями для психотерапевтов (впрочем, и для врачей-психиатров) являются речь и поведение пациентов. Но и это не главное отличие. Этиологические факторы в большинстве случаев (за исключением органической патологии) имеют психогенную природу, вместо биологического понятия «патогенез» уже давно утвердился термин «психогенез», диагностика проводится по вербальным и невербальным феноменам, а терапия осуществляется путем межличностного взаимодействия, а также отчасти суггестивного и дидактического воздействия на психику, природа которых остается глубоко гипотетической. Поиски этой природы продолжают несколько тысячелетий. С эпохи Гиппократ, который объявил психику функцией мозга, ее искали в извилинах и желудочках мозговой ткани, затем в нервных проводниках и синапсах, в обмене нейромедиаторов, но так и не нашли. В психоанализе психика исходно рассматривалась как эпифеномен, поэтому психоаналитики практически не употребляют фразы типа «мне пришло в голову» или «это у вас связано с нервами». Нервы — это просто проводники нервных импульсов, а мысли приходят на ум, воспоминания всплывают в памяти, а переживания переполняют душу. Эти психические структуры также являются гипотетическими, но не несут в себе грубо-материалистического предельно примитивного содержания.

Соответственно решается вопрос и о том, в каких терминах описывается выздоровление. Весьма популярные высказывания о том, что те или иные психические расстройства излечиваются с помощью психотерапии — это что-то из области прямого переноса в нашу область практики типичных подходов биологической медицины. Там, безусловно, бывает излечение от инфекционных, соматических или даже онкологических заболеваний. И врач при выписке пациента с чувством высокого (и заслуженного) профессионального удовлетворения может вписать в медицинскую карту «Практически здоров». Никто из нас таких заключений никогда не выдавал и не будет выдавать. Ни один человек никогда не защищен от новых психологических проблем и не свободен от своего ближайшего окружения, специфики социально-экономических и политических процессов, потому что жизнь исходно травматична. То, что мы делаем, наряду с уже неоднократно упоминавшимися процессами «дорастивания» и повышения адаптивного потенциала личности, прежде всего состоит в развитии способности к адекватной психоэмоциональной регуляции и личностному росту, которые, получив соответствующий «импульс» в терапии, могут продолжаться на протяжении всей жизни человека.

26.9. Изменение в структуре проблем пациентов

В начале своего пути психоанализ уделял особое внимание психосексуальным проблемам. Как известно, описывая эти проблемы, З. Фрейд указывал, что в рассказах пациентов достаточно трудно отличить правду от вымысла и фантазий на тему эдипова комплекса и инцестуозных отношений. Тем не менее многие психоаналитики направляли свои поиски именно в этом направлении, нередко «преуспевая», вплоть до навязывания пациентам фантазий и вымыслов о событиях, которых никогда не было. Современный психоанализ уже не страдает чрезмерной увлеченностью поисками психосексуального фактора, за которым нередко скрывается некоторая информированность по поводу психоаналитических феноменов и индивидуально трансформированная интерпретация родительской заботы и ласки. По сути, уже давно общепризнанно, что мать (а иногда и отец) как объект, который заботится о соблюдении правил гигиены, в том числе в отношении аногенитальной сферы, купает и ласкает ребенка, является исходно «соблазняющей» фигурой. И эти вполне адекватные действия затем могут дополняться различными инцестуозными фантазиями, которые целесообразнее «развенчивать» в процессе терапии, чем создавать у обратившегося к аналитику взрослого предположения о некоей неоправимой психической травме или исходной порочности. Безусловно, здесь не идет речь о сексуальном надругательстве над ребенком, не достигшим половой зрелости или любых других формах соращения или сексуального насилия.

В наш стремительный век, когда взрослые бесконечно поглощены проблемой заработка и карьеры, а свободное время посвящают ТВ и ПК, гораздо чаще приходится сталкиваться с проблемой недостатка любви, внимания и заботы со стороны родителей, отсутствием опыта систематического общения с родителями того и другого пола, их холодностью и погруженностью в собственные заботы. В совокупности это можно было бы обозначить как нарастающую родительскую депривацию, которая становится относительно независимой от реального наличия или отсутствия отца и (или) матери. При этом видимость заботы создается за счет переключения внимания еще довербального ребенка на мультфильмы, а затем — на компьютерные (якобы развивающие) игры и все более современные гаджеты. Но психика ребенка так устроена, что он любит не игры, а тех, кто с ним играет, кто, следуя принципу удовольствия, реализует его потребность в общении, в раннем возрасте фактически безграничную. Потребность младенца в телесном контакте постепенно трансформируется в потребность в постоянном зрительном контакте с фигурой, обеспечивающей его безопасность, а затем — в вербальном. Когда эти потребности последовательно не удовлетворяются, уже начинает закладываться фундамент возможной психопатологии. Именно поэтому такое распространение получили феномены компьютерной и прочих зависимостей, которые постепенно уводят ребенка от реальности, виртуализируют его чувства, не позволяют адекватно формировать полоролевые индентификации, Я и Сверх-Я, а с учетом преобладающих

в современных компьютерных играх единоборств, стимулируют развитие агрессивности и одновременно формируют ряд иллюзорных представлений, например о «запасных жизнях».

26.10. Дистанционный психоанализ

Если бы кто-то двадцать лет назад спросил, возможно ли проводить психоанализ по телефону, в 99% случаев он получил бы в ответ категорическое «нет». Как поясняли некоторые именитые коллеги в то время: исповедь проводится в исповедальне, а психоанализ — в кабинете аналитика, добавляя вполне рациональное замечание о том, что нельзя работать с пациентом, не фиксируя его невербальные реакции. И в последнем случае они были совершенно правы. Но мы живем в чрезвычайно динамичное время. Многие люди меняют даже место жительства, чтобы не тратить по 1,5—2 часа на проезд к месту работы и столько же обратно. Рационально ли требовать, чтобы пациент систематически тратил такое же время, для того чтобы два раза в неделю получать 45—50-минутную сессию психоанализа, в которой он нуждается? А учитывая число профессионально подготовленных психоаналитиков в нашей стране (преимущественно — в мегаполисах) и ее просторы, проблема усугубляется еще больше, например, когда ближайший аналитик находится в трехстах, а то и в тысяче километров от заинтересованного в психотерапевтической помощи. Кроме того, несколько сот тысяч наших соотечественников давно живут за рубежом, но и они хотят проходить анализ на родном языке, и абсолютно правы; анализ на иностранном — это некий эрзац-анализ.

Уже более чем двадцатилетний практический опыт показывает, что психоанализ вполне эффективно может проводиться дистанционно — по телефону, скайпу или даже в форме писем. Тем не менее, во всех таких случаях целесообразно, чтобы первые 10—15 сессий были проведены очно. Мы все живем в эпоху интенсивного развития дистанционных технологий: уже давно существуют доктрины дистанционной войны, дистанционного управления, голосования, не так давно начали развиваться дистанционные образовательные технологии. Психоанализ не является неким исключением. Противостоять прогрессу нельзя, к нему нужно адаптироваться.

26.11. Принцип филиации

В раннем периоде развития психоанализа в нем было много от своеобразного «сектанства» и особых правил, постулатов и догм, которые строго соблюдались «группой посвященных». Особое значение придавалось филиации, т.е. «родословной» аналитика. На протяжении определенного времени аналитиками могли считаться лишь те, кто прошел анализ у кого-то, кто хотя бы пару раз анализировался Фрейдом, или у того, кто прошел анализ у кого-то, чей аналитик был анализирован кем-то «по прямой линии» от Фрейда. Это, в целом, воспроизводило ситуацию крещения и «ру-

коположения в сан», что применительно к XXI в. звучит как анахронизм. С таким же успехом математиками можно было бы считать только тех, кто ведет свою родословную от Пифагора, физиками — от Ньютона, а философами — прямых потомков Аристотеля. Даже удивительно, что психоаналитики, хорошо понимающие роль идей и символического, а благодаря Жаку Лакану — признавшие, что символическое, наряду с воображаемым и реальным, составляет одно из наиболее существенных измерений человеческого существования, так долго апеллировали исключительно к реальным и отчасти — мифологизированным признакам родства, наследования и права на развитие психоаналитических идей. Но в конце XX в., в традиционных психоаналитических сообществах проявилась новая тенденция. Констатируя значительное увеличение среднего возраста своих членов (более 70 лет) и отсутствие притока новых кандидатов, которых не вполне удовлетворяла перспектива начать многолетний тренинг, не имея представлений о его границах и сроках окончания, теми же самыми психоаналитическими сообществами, которые ранее категорически отрицали такую возможность, было принято решение о возможности признания тренинга, полученного в некоторых других сообществах, с пренебрежением принципом филиации. При этом вначале речь шла об индивидуальных подходах в каждом конкретном случае, но затем начали кооптироваться целые сообщества сразу. В целом, это соответствует духу времени и нет сомнений, что эта тенденция к объединению будет усиливаться.

26.12. Психоаналитическое образование и тренинг

Психоаналитический тренинг был впервые введен в Берлинском институте психоанализа (1920), которым руководил Макс Эйтингон. Но его задачи еще до этого были четко определены З. Фрейдом. Они достаточно ясны и не нуждаются в особом обосновании. Во-первых, будущий специалист должен на собственном примере убедиться, что у него есть бессознательное, а вскрытые психоанализом механизмы работают, теория психоанализа реально отражает законы психического функционирования и проявления тех или иных психических феноменов. Во-вторых, он должен почувствовать себя в роли пациента, чтобы лучше понимать, какие переживания тот испытывает в процессе терапии. И в-третьих, будущий специалист должен максимально проработать собственные проблемы, чтобы затем не привносить их в терапию и не отыгрывать на пациенте. Эти правила не утратили своей актуальности и продолжают реализовываться всеми существующими школами психоанализа.



Макс Эйтингон (1887—1943) — немецкий врач и психоаналитик российского происхождения, ученик и соратник З. Фрейда, сыгравший ключевую роль в формировании принципов психоаналитического образования и тренинга.

Шандор Ференци (1873–1933) — венгерский врач и психоаналитик, ученик З. Фрейда, один из ярких теоретиков раннего психоанализа. Основные работы: «Тело и подсознание», «Таласса».



Но психоанализ, как уже было показано выше, не является догмой; его методы и техники систематически модифицируются, а границы постоянно расширяются. Как писал в свое время венгерский психоаналитик Шандор Ференци, в принципе, можно все, «если знаешь, зачем», естественно за исключением сексуального, эмоционального, материального или любого другого варианта злоупотребления пациентом. Досужие рассуждения некоторых коллег из смежных направлений психотерапии о том, что психоанализ умирает, также не выдерживают критики. Здесь ситуация примерно такая же, как с космосом: лет тридцать назад даже малограмотные люди знали номера и названия всех спутников, а всех космонавтов — поименно; но попробуйте в наше время спросить: «Кто именно сейчас на орбите и как это связано с улучшением работы наших мобильных телефонов, навигаторов, планшетов и других гаджетов?» Психоанализ уже давно имплицирован не только во всю психотерапевтическую культуру и современное искусство, он вошел в обыденную жизнь и стал ее неотделимым духовным компонентом.

Джозеф Сандлер (1927–1998) — британский психолог и психоаналитик. Выдающийся теоретик и практик школы объектных отношений. Ввел в оборот термин «актуализация».



Когда в середине 1960-х гг. выдающийся английский психоаналитик Джозеф Сандлер впервые в истории начал преподавание психоанализа в британских университетах, далеко не все коллеги отнеслись к этому революционному начинанию однозначно. Многие тяготели к традиционной закрытости психоаналитического знания от широкой аудитории и сохранению своеобразного кастового положения «группы посвященных» с приверженностью (по определению Отто Кернберга) «монастырской модели» профессионального тренинга. В соответствии с этой моделью будущий аналитик должен был на протяжении достаточно длительного времени демонстрировать свою особую лояльность именно к конкретному психоаналитическому направлению и конкретной психоаналитической школе. К нему присматривались (иногда несколько лет) и затем (на основе специального отбора) поощряли званием кандидата на членство в том или ином обществе и назначали ему персонального аналитика, которого он, возможно,

до этого никогда не видел. И даже если он ему не нравился, например, как личность, кандидат не мог отказаться, точнее, мог, но всего один раз. Сессии, как уже отмечалось выше, должны были проводиться не менее четырех раз в неделю, а срок профессионального тренинга не имел никаких рамок — он мог длиться годами и даже десятилетиями, а решение о завершении анализа принимал аналитик. Он же решал, когда кандидату можно начать собственную практику, а в ряде случаев этого не разрешалось вплоть до завершения личного анализа. Отказ от назначенного аналитика (до того, как он решит, что анализ завершен) во всех случаях предполагал, что весь предшествующий тренинг (три-пять лет) аннулируется, и все начинается сначала. Психоаналитическое образование было несистематическим и осуществлялось в форме посещения тех или иных семинаров и чтения статей и книг, которые рекомендовал все тот же личный аналитик. После того, как начиналась практика, будущему специалисту назначались, как правило, два или более супервизора, которые уже совместно решали — готов ли кандидат к тому, чтобы получить звание члена общества. По завершении такой обычно десяти- или двенадцатилетней подготовки кандидат получал сертификат специалиста, который не имел законной силы нигде за пределами той общественной организации, где он проходил подготовку, включая, например, другое психоаналитическое общество.



Отто Кернберг (род. 1928) — выдающийся современный американский психоаналитик, крупнейший специалист в области тяжелых расстройств личности и патологического нарциссизма. Основные работы: «Отношения любви. Норма и патология», «Агрессия при расстройствах личности», «Тяжелые личностные расстройства».

Во многих традиционных психоаналитических обществах эта система действовала до настоящего времени. Но затем аналитики начали критически пересматривать эту систему. Постепенно начали формироваться представления, что психоаналитическое образование и психоаналитический тренинг — это принципиально разные варианты подготовки. Начали открываться реальные институты психоанализа и формироваться систематические университетские курсы преподавания этой дисциплины (как раздела психологии и психотерапии) с ориентацией на официальное (государственное) признание полученных дипломов. При этом тот, кто получил психоаналитическое образование, если он не намерен стать практикующим психоаналитиком, вовсе не обязательно должен проходить профессиональный тренинг (с которого ранее все начиналось, причем до психоаналитического образования). Он может заниматься психоанализом культуры, социума, рекламы, бизнеса и т.д., или применять свои знания в повседневной жизни. Для тех, кто ориентирован на практику, был введен ряд новых вполне демократических правил. Анализант сам выбирает своего аналитика из числа лиц, допущенных к тренинговой работе. Был установлен

четкий стандарт тренинга (как минимум 250 часов), после прохождения которых анализант самостоятельно принимает решение о завершении анализа в связи с выполнением тренинга (но может и продолжить, если у него есть такое желание, однако это уже его желание и иная нравственная ситуация). Начиная практику, анализант сам выбирает двух или более супервизоров из числа специалистов, допущенных к супервизорской работе, а объем учебных супервизий ограничивается как минимум 150 часами. Добавим, что на протяжении многих десятилетий аналитики различных направлений (классического, юнгианского, лакановского и др.), фактически не контактировали, а их отношения строились примерно так же, как между религиозными сообществами, принадлежащими к разным конфессиям. Такой изоляционизм, естественно, существенно сказывался на развитии психоанализа и обмене опытом. И только в 2003 г. группа аналитиков из пятнадцати европейских стран, принадлежащих к различным направлениям и школам, организовали первое международное профессиональное сообщество нового типа — Европейскую конфедерацию психоаналитической психотерапии, провозгласив в качестве главного принципа их объединения только один основополагающий тезис: «Все, кто выполнил установленные стандарты профессионального образования и тренинга в любом из уважаемых сообществ, работают с переносом и сопротивлением, являются нашими коллегами».

Именно этим принципам следует всякий компетентный психотерапевт.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Опишите основные изменения в подходе к психоаналитическому процессу.
2. Сформулируйте специфику интерперсонального (интерсубъективистского) подхода.
3. Проведите критический анализ традиционных и современных подходов к психоаналитическому образованию и тренингу.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Фай, М.* Путь аналитика. Основные принципы психоаналитической техники : пер. с англ. / под науч. ред. проф. М. М. Решетникова. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2011. — С. 102—108.
2. *Сандлер, Дж.* Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса : пер. с англ. / Дж. Сандлер, К. Дэр, А. Холдер. — М. : Когито-центр, 2007. — С. 38—54.
3. *Решетников, М. М.* Чему нам учиться у Запада и чего нам стоило бы избежать // Психоаналитический вестник. — 2005. — № 13. — С. 220—243.

Дополнительная

Гранов, В. А. Filiations: Будущее Эдипова комплекса. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2001.

Глава 27

НОВЫЕ ЯЗЫКИ ПСИХОАНАЛИЗА

В результате освоения материала этой главы студент должен:

знать

- принципиальные положения теорий Кляйн, Биона, Лакана и Боулби;
- концепции проективной идентификации, контейнирования и стадии зеркала;

уметь

- характеризовать Символическое, Воображаемое и Реальное по Лакану;
- выявлять безопасные и небезопасные типы привязанностей по Боулби;

владеть навыками

- анализа субъекта бессознательного по Лакану;
- интерпретации иерархии привязанностей по Боулби;

быть компетентным

- в профессиональном анализе проективной идентификации.
-

Во второй половине XX в. в психоанализе появился ряд новых идей, которые последовательно завоевывали популярность и признание. Авторы этих идей также предпринимали попытки пересмотра отдельных концепций З. Фрейда, но в целом их разработки носили новаторский характер. Самую широкую известность приобрели идеи Мелани Кляйн о проективной идентификации, Уилфреда Биона — о контейнировании, альфа- и бета-элементах, Жака Лакана — о стадии зеркала, языке, речи, структуре психики и новые подходы к сеттингу, а также теория привязанности Джона Боулби. Каждому из этих авторов были посвящены сотни статей и десятки книг, а каждая из разработанных ими концепций заслуживает самостоятельного учебника, поэтому в этом разделе мы лишь коснемся основного содержания их теоретических подходов и проекций этих подходов в психоаналитическую практику.

27.1. Мелани Кляйн

Хотя кляйнианская школа психоанализа традиционно рассматривается как развитие теории Фрейда, она имеет ряд существенных отличий. Причем эти отличия многочисленны и связаны преимущественно с особой системой взглядов Мелани Кляйн на ранний период детского развития и роль инстинктов. Например, Кляйн считала, что инстинкт смерти является врожденным, и именно с ним автор связывала амбивалентность, а не-

гательную составляющую амбивалентности (деструктивность) интерпретировала как защитную реакцию (проекцию). Развитие Эго рассматривалась Кляйн как процесс интроекции и проекции объектов, а не как результат психосексуального развития (по Фрейду). При этом обосновывалось, что у младенца уже с рождения существует некое рудиментарное Эго, и, следовательно, ребенок исходно может иметь бессознательные фантазии, переживать тревогу, применять защитные механизмы и формировать объектные отношения, т.е. интроецировать объекты. В своих теоретических разработках Кляйн постепенно отходит от теории психосексуального развития и описывает последнее как результат изменения внешних и внутренних (интрапсихических) объектных отношений (между интроецированными объектами).

Кляйн постулировала идею того, что в течение первого года жизни ребенок проходит через две последовательных стадии развития (которые она обозначила как позиции): (1) параноидно-шизоидную позицию и (2) депрессивную позицию. *Параноидно-шизоидная позиция*, по мнению Кляйн, возникает как следствие расщепления образа матери или материнской груди (как частичного объекта) на «хорошую» (кормящую) и «плохую» (не дающую удовлетворения, когда ребенок в ней нуждается). Как отмечали позднее некоторые сторонники этого направления, ребенок воспринимает как опасность не только ситуацию отсутствия матери; тот значимый объект (мать), который физически присутствует, но не отзывается на его нужды, воспринимается как не менее опасный. *Депрессивная позиция* описывается автором как проявление интеграции чувств любви и ненависти к одному и тому же объекту — таким образом формируется его целостное восприятие. Достаточно сложной и одновременно интересной является идея Кляйн о постепенной интроекции внешних объектов, т.е. — их трансформации во внутренние объекты (несколько упрощая, можно сказать — «объекты представления»), которые могут взаимодействовать как между собой, так и с Я субъекта. Образно говоря, психологические особенности людей из ближайшего окружения субъекта (в первую очередь — в раннем детстве) не только отражаются на его развитии — они составляют (или формируют) определенную часть его личности. В некотором роде эта идея исходно признает «множественность» каждой личности. Эти идеи носят у Кляйн чрезвычайно сложный характер, поэтому попытаемся изложить их максимально упрощенно.

Младенец, несмотря на утрату физической связи с телом матери (после рассечения пуповины) еще не ощущает себя в качестве некой отдельной личности или даже отдельного тела. В представлении ребенка, они все еще единое целое (мать и ребенок). Поэтому, когда у матери (еще не идентифицированной ребенком как внешний объект) выявляется ее «плохая» часть, она воспринимается не как чья-то плохая часть, а как плохая часть себя. Именно для таких процессов Кляйн был предложен термин «*проективная идентификация*». Фактически речь идет о выработке механизмов приспособления к неудовлетворению собственных потребностей и одновременно к негативным чувствам или непредсказуемому поведению (нечуткости к нюансам твоего поведения) других людей.

Существует еще несколько определений проективной идентификации, которую характеризуют как бессознательную попытку одного человека влиять на другого таким образом, чтобы этот другой вел себя в соответствии с бессознательной фантазией первого о внутреннем мире второго. Это (вряд ли намного более ясное) определение, тем не менее, позволяет объяснить случаи непонимания запросов невротиков и психотиков, обращенных к другим людям, в частности, к их терапевтам. Часть современных авторов, признавая за Кляйн существенный вклад в развитие теории объектных отношений и особенно — определяющей роли ранних объектных отношений, достаточно скептически относятся к ее постулатам и представлениям о внутреннем мире младенцев. Теорию Кляйн нередко описывают как самую запутанную, однако не реже ее именуют как одну из самых продуктивных.

По мнению кляйнианской школы, одна из главных задач терапевтической практики состоит в том, чтобы помочь личности достигнуть интеграции, в том числе «вернуть себе» те части личности, которые ранее были недоступны вследствие расщепления и проекции.

27.2. Уилфред Бион

Уилфред Рупрехт Бион проходил анализ у Мелани Кляйн и находился под существенным влиянием ее работ, поэтому понятие проективной идентификации было принципиально важным для него и фактически легло в основу его теории мышления. Эта теория сформировалась в процессе изучения феномена шизофрении, параноидно-шизоидной стадии развития ребенка, а также на основе опыта работы с психотическими пациентами.



Уилфред Бион

В 1950—1960-х гг. Бион разрабатывает собственную теорию мышления, в основу которой была положена идея об *эволюции эмоционального опыта в способность мыслить*. Бион предполагал, что одной из первых функций, которая возникает после рождения и обеспечивает дальнейшее психическое развитие ребенка, является мышление, при этом мышление возникает как результат переработки аффекта. Вслед за Кляйн Бион считал, что именно отношения с материнской грудью являются аффективным опытом, в котором функция мышления и берет свое начало.

В нормальной ситуации ребенок, переполняемый аффектами (страхом или тревогой) проецирует их в психическое пространство матери. В отличие от ребенка мать располагает зрелым психическим аппаратом и способна переживать эмоции таким образом, чтобы они не разрушали ее. Проживая эмоциональные реакции ребенка, его страхи и тревоги, мать (своим отношением и заботой) возвращает их младенцу, но уже не столь угрожающими или опасными. Постепенно ребенок усваивает некую систему в пре-

одолении переживаний и обретает способность соотносить их с какими-то состояниями и ситуациями.

Бион постулирует наличие протопсихического состояния и протопсихической активности младенца. Согласно Биону, в процессе эволюции элементы протопсихической системы могут переходить в психические явления. Нетрансформированные эмоциональные переживания (т.е. еще не ставшие психически представленными), Бион называет *бета-элементами*. А зрительные, слуховые, обонятельные и другие образы и впечатления, переработанные в психически представленные — *альфа-элементами*.

Столкновение с фрустрацией побуждает ребенка к тому, чтобы найти способ вступить во взаимодействие с отсутствующим идеальным объектом (хорошей матерью). Для этого ему нужно сформировать *«аппарат для думания мыслей»*. Бион позаимствовал этот термин в шизофренических описаниях пациентов, полагая, что психотик сталкивается примерно с теми же проблемами, что и младенец, но в отличие от младенца лучше понимает и может выразить суть возникших затруднений. Повторим еще раз, психическую продукцию, которая возникает в результате этих процессов, Бион назвал *альфа-элементами*, а способность их производства — *альфа-функцией*.

Автором теории было обосновано, что эмоциональный опыт младенца не может рассматриваться в отрыве от взаимоотношений с матерью. Младенец, по мнению Биона, обладает определенными прекоцепциями, относящимися к состоянию ожидания, которое можно в некотором роде уподобить «чистому созерцанию». В частности, ранним проявлением прекоцепции может быть ожидание младенцем груди. В качестве модели формирования мышления младенца Бион использует систему пищеварения. Он высказывает предположение о том, что для младенца существует «психосоматическая грудь» и соответствующий груди «психосоматический пищеварительный тракт», а в основе способности мыслить лежит проективная идентификация, которая дает младенцу возможность оперировать примитивной эмоцией. Этот механизм «проявляется сначала как взаимобмен между ртом и грудью, а затем — между интроецированным ртом и интроецированной грудью».

Если мать восприимчива к психическому состоянию младенца, она может служить *контейнером* для его нежелательных чувств (отсутствующей или «плохой груди»), от которых он избавляется посредством проективной идентификации, преобразуя их в нечто более приемлемое и психически представленное (альфа-элементы). Со временем младенец сможет интроецировать эту функцию контейнирования, равно как и специфический материнский ответ.

Пациенты с нарушенными процессами мышления в рамках этой концепции рассматриваются как имеющие недоразвитую альфа-функцию, в их психике преобладают бета-элементы, и в результате снижены или даже отсутствуют способности к символизации и абстракции. В такой ситуации одной из главных задач аналитика становится работа по «перемалыванию» бета-элементов и преобразованию их в образы, слова и понятия, так как бета-элементы не имеют названия (не представлены символически)

и не осознаются. Однако следует учитывать, что альфа-элементы, бета-элементы и связанные с ними процессы являются лишь гипотетическими структурами и представлениями, призванными объяснить бионовское понимание феномена мышления.

Бион формирует особую технику слабых интервенций, которые нацелены на формирование поддерживающего пространства для чувств, грез, сновидных мыслей и на создание контейнера. *Контейнер* является тем пространством безопасности и свободной игры, где анализант получает возможность сформировать свой собственный аппарат для «думания мыслей», а пока эта работа ведется, он использует психический аппарат, принадлежащий аналитику. Слабые интервенции всегда остаются открытыми и незавершенными, и именно с их помощью аналитик и анализант переходят к совместному конструированию смыслов.

В отличие от Кляйн, Бион отрицал идею того, что психика ребенка проходит в своем развитии некие последовательные стадии — параноидно-шизоидную и депрессивную, постепенно выходя на невротический уровень. Он был последовательным противником историзации и непрерывности и больше склонялся к идее постоянного колебания. По его представлениям, психическая жизнь находится в постоянном состоянии флуктуации, и никто не может преодолеть параноидно-шизоидный уровень функционирования. Можно только создавать такие индивидуальные психические инструменты и терапевтические методы, которые позволят «чинить» периодически возникающие поломки и разрывы, противодействовать распаду и восстанавливать целостность психической ткани.

Бионом было предложено несколько типов *интервенций*, то есть активного поведения аналитика в процессе сессий. В частности, например, *интервенция-определение*, которая представляет собой простую констатацию какого-то факта («Я думаю, что сейчас происходит то-то»). Это классическая «слабая» интервенция, которая не направлена на раскрытие смысла происходящего, а лишь очерчивает его контур. Другой тип интервенции был обозначен как «запись» или «*повторение*» (или «замечание»), которым фиксируется, что происходящее сейчас уже имело место. В этом случае повторение аналитика уподобляется «работе» нимфы Эхо, но иногда он может повторить (чаще иносказательно) и то, что еще не было сказано, но вытекает из сходства нескольких фраз пациента (о каких-то различных вещах) и, таким образом, указывает на напряжение в индивидуальной истории жизни пациента. Заслуживают внимания также *исследовательские интервенции*, где допускается связывание отдельных элементов различных высказываний пациента, но аналитик позволяет себе лишь некие предположения об их возможной связи, оставляя себе право на ошибку и возможность исправить ее, чтобы вместе с пациентом продвигаться дальше в изучении его психической реальности.

Аналитик, по мнению Биона, вовсе не должен стремиться решить все проблемы пациента; скорее он должен ориентироваться на те творческие решения, которые пациент находит самостоятельно. Аналитик — это просто человек, который более подготовлен и опытен в обращении со своими чувствами и чувствами других людей. Именно поэтому он ста-

новится тем, кто пытается помочь другому человеку преуспеть в том же самом — в изучении и понимании собственных чувств и преодолении переживаний. Но деятельность аналитика должна быть предельно пассивной, т.е. не отягощенной уже сформированными идеями и вчерашним знанием того, что представляет собой тот или иной пациент и как он реагирует на те или иные вещи, поскольку изменения случаются ежедневно. Значительная часть исследований Биона была посвящена групповой динамике, и эта часть его работ до настоящего времени представляет существенный интерес и активно используется в групповой психоаналитической терапии. Последние годы жизни Блон посвятил разъяснению и популяризации своей теории и обозначенных им гипотетических механизмов.

27.3. Жак Лакан

Жак Лакан ввел в психоанализ понятие *«стадии зеркала»* и подробно описал феноменологию начала узнавания ребенком себя в зеркале в возрасте от 6 до 18 месяцев как один из важнейших этапов самоидентификации и формирования функций Эго. Развивая идеи Фрейда о бессознательном и особой роли языка, Лакан обосновывает тезис о том, что *бессознательное структурировано как язык* и одновременно *бессознательное — это речь Другого*. То, что бессознательное структурировано как язык, вовсе не означает, что бессознательное есть язык, речь идет именно о структуре языка, а точнее о том, что бессознательное структурируется языком и теми воздействиями, которые оказывает на психические структуры ребенка речь других. Язык как социальный феномен (особая структура) существует до рождения младенца, и он с первых дней погружается в «купель» языка, которая и определяет его психическое развитие.



Жак Лакан

Лакан предложил также новый подход к самой процедуре анализа. Он считал, что, приступая к анализу, любой субъект соглашается занять более конструктивную позицию по отношению к самому себе, нарушая правила, которыми его «опутывали» в процессе воспитания (например, «вначале думай, а потом говори»). Каждый пациент или анализант должен быть готов к тому, что все сказанное будет не просто выслушиваться, а обсуждаться и истолковываться, так как только таким путем можно выявлять его бессознательные мотивации. Как и у Биона, особое значение Лаканом придавалось *возвращению пациенту сказанного им же*. Фраза пациента, которая повторяется терапевтом — это уже не просто вариант какой-то беседы, а создание *отчужденной* формы его внутренних (психических) процессов. Эта фраза уже не принадлежит пациенту, воспринимается «со стороны» (становится отчужденной формой) и, как следствие, воспринимается качественно иначе и позволяет восстановить связь между сознательными

и бессознательными структурами психики, которая в обычной (доаналитической) жизни пациента, как правило, прервана. Однако для восстановления этой связи все, что проявляется в материале пациента, должно быть адресовано *Другому*.

Структура психики, по Лакану, включает Реальное, Воображаемое и Символическое (однако эта топика Лакана никак не соотносится с топиками Фрейда). *Реальное* определяет отношение к миру в целом, как некой данности, и в нем доминируют биологические потребности (в некотором роде Реальное подобно Ид). *Воображаемое* — это некое поле образов, иллюзий и незнания. Одновременно с этим в Воображаемом господствует запрос на признание со стороны окружающих (образно говоря — это взгляд со стороны Другого на самого себя). Именно Воображаемое ответственно за проявления любви и ненависти, агрессивности и нежности (вплоть до крайних проявлений мазохизма и садизма), которые возникают как следствие недооценки или переоценки собственных качеств (как совершенных или — наоборот — ущербных), включая оценку собственной личности как стабильной или неустойчивой. Лакан дополнительно поясняет, что все эти оценки осуществляются с позиций Другого во мне, и часть моего Я всегда находится на стороне Другого, а значит — не вполне принадлежит мне, находится в некой опасности и может быть даже утрачена.

Символическое Лакана выступает своеобразным эквивалентом «культурного порядка». При этом подчеркивается, что в любых проявлениях бессознательного (в том числе в ошибках, в оговорках) обязательно присутствуют элементы языковой организации психики. Наименования предметов и даже отвлеченные понятия (честь, совесть, достоинство, унижение) символизируются языком и проявляются в межличностном общении благодаря обращению к символам того, что означает, и того, как оно означает (*означаемого* и *означающего*). Специфически символическое отношение к миру манифестируется желанием, при этом желание (в отличие от потребности) не знает удовлетворения. Аналогичным образом Лаканом описывается также эдипов комплекс, который рассматривается как вступление личности в порядок Символического. В соответствии с этим эдипальный запрет на обладание относится не только к конкретной матери и исходит не от какого-то реального отца, а соотносится со всей группой воображаемых Других, с тем, что Лакан называет «Именами Отца». Эта структура психики может быть интерпретирована по аналогии с Супер-Эго — как запреты культуры, которые всегда стоят между желаниями и возможностями их реализации.

Лакан описывает основополагающую стадию психического становления ребенка в возрасте от 6 до 18 месяцев, получившую название *стадии зеркала*. Эта концепция сформировалась под влиянием наблюдений над тем, как животные и человек реагируют на собственное отражение. В этих исследованиях было установлено, что с наступлением возраста около 6 месяцев у детей начинает проявляться способность узнавания собственного отражения, и одновременно с этим дети начинают прилагать особые усилия для исследования связи между собственным телом и его отражением.

Лакан описывает свою стадию зеркала как формирование Я в процессе идентификации с собственным отраженным образом. При этом Лакан исходит из положения Фрейда об отсутствии Я при рождении. «Изначально нет единства, сравнимого с Я; Я должно развиваться», — считал Фрейд. Стадия зеркала разрабатывается Лаканом в соответствии с идеей Фрейда о первичном нарциссизме как фазе становления психики, в которой создается представление о себе.



Стадия зеркала

Происходящее на стадии зеркала Лакан определяет как идентификацию, образующую символическую матрицу, которая определяет форму собственного Я, и которая впоследствии будет дополняться вторичными идентификациями. Обретаемое в стадии зеркала представление о себе синтезирует отчасти иллюзорное, но необходимое единство собственного тела и его образа, устанавливает границы внутреннего и внешнего, которые утрачиваются в психозе. Субъект до стадии зеркала проживает тело как аутоэротическую совокупность отдельных его частей, а не как некую целостность, и именно на стадии зеркала «расчлененное» тело обретает единство в образе, идущем извне.

Психика каждого субъекта представлена как сознанием, так и бессознательным, при этом сознательные процессы и желания и бессознательные мотивации далеко не всегда совпадают, точнее — чаще не совпадают. Фактически, психика всегда расщеплена между сознательными и бессознательными процессами, отсюда вытекает вывод о своеобразной *децентрации функции Я*, что отмечалось еще Фрейдом. Развивая этот тезис, Лакан характеризует отдельного индивида как «субъекта, центр которого смещен». Лакан весьма скептически оценивает концепцию сопротивления и работу с сопротивлением, так как при этом, по его мнению, игнорируется расщепление, а работа с сопротивлениями рассматривается как анализ бессознательного. Однако, по Лакану, со стороны бессознательного никакого сопротивления нет, оно возникает только на уровне собственного Я. «Субъект бессознательного — это субъект, к сути которого принадлежит то, что он говорит».

Лакан выделяет три структуры психики — невроз, психоз и перверсию. Не нужно путать эти структуры с психиатрическими симптомами или синдромами, или тяжестью тех или иных психических расстройств. В данном случае речь идет о трех разных психических механизмах, лежащих в ос-

нове структурирования и функционирования психики, при этом в основе невротического структурирования психики лежит *механизм вытеснения*, в основе перверсного — *механизм отклонения* (или отказа признать некий факт реальности), в основе психотического — *механизм отбрасывания* (отвержения или форклюзии означающего — за пределы символического порядка).

Как уже отмечалось, Лакан достаточно скептически относился к тезису о достижении успеха терапии через преодоление сопротивления. Применительно к речи анализанта Лакан считал наиболее важным найти ответ на вопрос: «Кто говорит?», — при этом подразумевалось, что речь не разворачивается исключительно из собственного Я субъекта. В силу расщепленности речи между сознательными и бессознательными психическими процессами субъект всегда говорит больше, нежели сознательно намеревается сказать. Это позволяет сделать дополнительный вывод, что любой акт высказывания исходно избыточен. Как известно, у каждого субъекта есть сознание и бессознательное, или, говоря языком Лакана, в каждом, так или иначе, проявляются *субъект сознания* и *субъект бессознательного*. В оговорке, забывании и в других феноменах, описанных Фрейдом, говорит субъект бессознательного, который «децентрирован» по отношению к собственному Я. Лакан утверждает, что «бессознательное — это *дискурс Другого*». В последующем Лакан выделяет четыре основных дискурса (или четыре типа социальных отношений и связей), укорененных в языке, в частности: *дискурс господина*, который призван скрыть расщепление субъекта и является базовым для остальных дискурсов; *дискурс университета*, в котором доминирующую позицию занимает знание; *дискурс истерика*, где доминирует расщепленный субъект; и *дискурс аналитика*, которым описывается позиция последнего в процессе анализа и связано с «*объектом а*».

Что собой представляет «объект а» Лакана? Как известно, Фрейд описывал объект, как одну из составляющих или характеристик влечения, при этом у Фрейда объект предстает, во-первых, наиболее изменчивой частью влечения, а во-вторых, он носит вторичный характер. Этот подход не стоит путать с интерпретацией объекта у Лакана, где речь идет не о вторичных объектах, на которые направлено влечение, а о первичном, или утраченном, объекте. Будучи утраченным, он предстает в качестве причины, побуждающей субъекта желать. Именно такой объект и обозначается Лаканом как «объект а» (как «*объект — причина желания*»), который характеризуется как вечно ускользающий и вокруг которого вращается желание и конституируется судьба влечения.

Развивая идею Фрейда о технике свободных ассоциаций и отмечая, что любые отношения между двумя субъектами отмечены стилем воображаемого регистра, Лакан подчеркивает, что это не диадные отношения, а отношения между тремя инстанциями, и этим третьим участником аналитического процесса является *речь*. Лакан отказывается от концепций и теорий, рассматривающих функцию языка как форму или процесс передачи информации. Практика психоанализа в методологии Лакана предстает как некий новый способ обращения с речью, новый способ говорить и новый способ слушать речь, отличный от того, что происходит, к примеру, на ис-

поведи; и Лакан поясняет эту разницу: на исповеди человек говорит то, что он знает, в анализе же он призван сказать больше.

Аналитическая техника строится на разрушении привычного диалога с принятой учтивостью, любезностью, уважением и послушанием Другому. Приходящий в анализ начинает говорить, но, несмотря на то, что он сам производит эту речь, он не знает, что именно он говорит. Субъект всегда говорит больше, нежели предполагает сказать: «субъект дискурса не знает себя как держащего речь субъекта». Именно в процессе анализа он узнает, что в ряде случаев (помимо его воли) говорит не он, а его Бессознательное. При этом Лакан отмечает, что сам смысл высказываемого зависит не только от того, кто говорит, но и от того, кто слушает; а от слушающего зависит даже то, *кто* говорит (из внутренних объектов). Поэтому аналитические интерпретации не являются простой передачей знания или восстановлением смыслов. Толкование сводится к расстановке пунктуации в речи субъекта, выступает как некая форма непрямого сообщения, позволяющего найти смысл симптомов. По мнению Лакана, феномен переноса имеет отношение не только к клиническому пространству, но принадлежит к сущности человека в целом, к любому бессознательному желанию субъекта, и проявляется всякий раз, когда появляется «*субъект якобы знающий*». Однако аналитик не должен занимать позицию знающего субъекта, также как и действовать в позиции воображаемого нарциссического двойника своего пациента. Позиция аналитика определяется поиском его анализантом своего желания в отношении с желанием Другого, при этом аналитик находится на месте «объекта а» субъекта — или объекта — причины желания субъекта, что и позволяет развивать перенос и достигать позитивного эффекта в терапии. Перенос Лакан определяет как приведение в действие реальности Бессознательного, а не просто перенос аффекта или повторение пережитого ранее.

Лакан достаточно критически относился к идее окончания анализа и необходимости преодоления переноса, более того, он не считал, что окончание анализа обязательно должно завершаться исчезновением симптома. Продолжительность будущего анализа и для аналитика, и для анализанта всегда является неопределенной, точно такой же неопределенностью для Лакана были протяженность и время окончания сессий. Лакан первым ввел «*короткий кадр*» сессии, которая не обязательно должна длиться установленное время. При этом Лакан отмечал, что для того чтобы психоанализ обрел измерение этики, важно, чтобы аналитик сохранял позицию незаинтересованности, т.е. аналитик не может выдвигать критерии нормального функционирования или правильного отношения к реальности. Анализ, по Лакану, не может быть ориентирован на нормализацию субъекта в перспективе общественной морали или общепринятых благ, так как такие подходы уже подразумевают *позицию знающего*.

Лакан также критически относится к попыткам ввести различие между учебным анализом, необходимым для того, чтобы стать аналитиком, и анализом вообще, считая это разделение искусственным. По его представлениям, существует только одна форма анализа, независимо от причин, побудивших пройти анализ, поэтому любой анализ является обучением анализу.

27.4. Джон Боулби

Существенный вклад в психоаналитическую концепцию развития внес создатель *теории привязанности* Джон Боулби, идеи которого (как и разработки Ж. Лакана) вначале были отвергнуты профессиональным сообществом, и лишь позднее получили всеобщее признание. До исследований Боулби считалось, то чувство привязанности к матери появляется сразу после рождения и является однозначно генетически запрограммированным. Однако Боулби убедительно обосновал, что чувство привязанности отличается широкой вариативностью и формируется под влиянием того, как мать реагирует на потребности ребенка — в пище, безопасности, общении и т.д.

Наблюдая поведение детей и матерей в игровой комнате, исследователи группы Боулби заметили, что часть детей, даже проявляя определенный интерес к игрушкам, предпочитает оставаться на коленях у матери или сохранять тактильный контакт с ней, держа ее за руку. Этот тип поведения

получил наименование *небезопасной привязанности*. Другие дети относительно спокойно оставляли мать на достаточно длительные промежутки времени и переносили свой интерес на игрушки, тем не менее стараясь поддерживать зрительный контакт с матерью как источником безопасности, демонстрируя, таким образом, *безопасный тип привязанности*.



Джон Боулби

Согласно теории Боулби, привязанность к заботящемуся о нем объекту формируется у ребенка инстинктивно, исходя из биологической цели выживания, а на психологическом уровне даже у довербального ребенка это проявляется как ощущение комфорта и безопасности. Понятие «привязанность» не является синонимом любви или симпатии, которые могут возникать или неоднократно изменяться на протяжении жизни личности.

Однако без привязанности человек социальный или вообще не формируется (как в случаях феральных детей), или его формирование и функционирование как личности является исходно нарушенным.

Качество взаимоотношений матери с ребенком является чрезвычайно важным. Оно предполагает безусловное принятие ребенка и понимание всех особенностей его развития. Родители не должны пытаться «подстроить» ребенка под свои предпочтения или ожидания; и, даже устанавливая разумные пределы для проявлений активности младенца, им следует постоянно участвовать в детском исследовании мира — вначале через эмоциональное взаимодействие, а затем — через игру. Помогая ребенку постигать мир, родители могут демонстрировать критическое отношение к его поведению, но не к его характеру или к его только формирующейся личности. Если эти правила соблюдаются, то в последующем ребенок, оказавшийся в новой или незнакомой ему ситуации без родителей, будет менее подвержен страху и будет проявлять более адаптивные реакции.

Исследования, проведенные Боулби и его последователями, позволили выделить три основных типа детской привязанности: *безопасный*, *небезопасно-избегающий* и *небезопасно-тревожный*, содержание которых соответствует их наименованию. Четвертый тип, смешанной *дезорганизованной привязанности*, был добавлен позднее.

В качестве одного из наиболее неблагоприятных факторов автором теории привязанности описывается непоследовательное поведение родителей, когда повышенная строгость и ограничения сочетаются с чрезмерной нежностью и вседозволенностью. Такие дети в последующем вроде бы и стремятся к развитию контактов с другими людьми, но их исследовательская активность снижена, они опасаются всего нового и незнакомцев, становятся застенчивыми и неуверенными во всех их отношениях, как в юности, так и в последующей жизни. Дезорганизованная привязанность, при которой проявляются признаки избегающего, двойственного и безопасного поведения, по мнению Боулби, чаще всего встречается у детей, матери которых были жертвами жестокого обращения.

Таким образом, специфика формирования самых ранних детско-родительских отношений может оказывать влияние на всю последующую жизнь человека. Если эти отношения верно сформированы, воспринимаются как надежные и безопасные, то аналогичным образом затем строятся отношения со сверстниками и всеми другими людьми — социальными, семейными и сексуальными партнерами. Такие личности демонстрируют более высокий уровень успешности, уверенности в себе и способности к социальной адаптации в целом. Они более самостоятельны в своих выборах, предпочтениях и суждениях, и одновременно менее зависимы от негативных влияний социальной среды, включая проявления агрессивности, склонность к алкоголизму, наркоманиям или делинквентному поведению. Если же адекватные условия для формирования чувства привязанности в самом раннем детстве отсутствовали, то, подрастая, такие дети чаще демонстрируют непослушание, агрессивность, склонность к депрессиям и обилие школьных проблем, как в учебе, так и в отношениях со сверстниками.

Какой тип привязанности сформируется у ребенка, естественно, отчасти связано с его генотипом, но в равной степени это определяется типом поведения родителей, прежде всего матери, ее любовью и отзывчивостью, а также качеством внимания и способностью понимания тех сигналов коммуникации, которые проявляет ребенок, включая адекватную реакцию взрослого на эти вербальные сигналы.

В наиболее существенном положении теории привязанности подчеркивается, что для нормального психоэмоционального развития ребенку вначале нужно установить устойчивые отношения хотя бы с одним человеком, и чаще всего это тот человек, который постоянно находится рядом и заботится о нем. Исходно это положение было сформулировано Боулби при обосновании «*синдрома лишения матери*» в докладе, подготовленном по предложению ООН для решения проблем осиротевших в результате Второй мировой войны детей. Необходимо отметить, что для адекватного развития чувства привязанности наиболее существенное значение имеет не только забота, но и особая (искренняя) чувствительность и отзывчи-

вость во всех случаях социального (телесного, вербального и невербального) взаимодействия с ребенком. Когда дети начинают активно познавать мир — ползать и ходить, они постоянно обращают свой взгляд на объект привязанности, ища в нем поддержку своему «вхождению в мир» и подпитку чувства безопасности. Именно в этот период формируются модели поведения, которые определяют специфику будущих межличностных отношений, особенности восприятия и эмоционального реагирования и отношение к миру в целом.



Привязанность

Как уже отмечалось, главным объектом привязанности обычно выступает биологическая мать, но эта роль может быть переадресована любому человеку, который последовательно проявляет чувство искренней любви и заботы о ребенке. При этом в теории привязанности термином «*материнское поведение*» обозначается не просто любовь и забота, а особый образ действий, предполагающий постоянную включенность матери в социальное взаимодействие с ребенком — не просто какие-то действия по удовлетворению его потребностей, а охотные ответные реакции на все его сигналы, обращенные к миру. На определенном этапе развития мать и символизирует для ребенка весь внешний мир.

По мере развития дети постепенно формируют новые привязанности, как правило, еще один-два новых объекта привязанности появляются уже на втором году жизни, однако даже в этом возрасте у ребенка складывается определенная *иерархия привязанностей*, где имеется главный объект и второстепенные. Отсутствие или даже отдаление от объекта привязанности вызывает у ребенка беспокойство и страх, а утрата такого объекта (или даже одного из второстепенных объектов) может иметь самые катастрофические последствия для нормального психического развития — вербальный ребенок как бы впадает в бесконечную тоску и отчаяние. Лишь к 3—4 годам физическое отсутствие объекта привязанности перестает восприниматься как некий вариант витальной угрозы.

В своем развитии привязанность ребенка проходит несколько стадий. В первые 8 недель детская улыбка или плач еще не имеют четкой направленности, они адресованы всем, кто находится поблизости. В возрасте от 2 до 6 месяцев ребенок начинает устанавливать различия между знакомыми и незнакомыми лицами и демонстрирует особую отзывчивость ко всем внешним признакам объекта привязанности (лицу, голосу, запаху и т.д.). Более четко это проявляется в период от 6 месяцев до 2 лет, хотя



Развитие

обычно уже к концу года ребенок демонстрирует целый набор вербальных и невербальных знаков, направленных на поддержание близости с объектом привязанности. В частности, ребенок проявляет явный негативизм уже при временном отсутствии объекта рядом или даже утрате зрительной связи с ним, приветствует его улыбкой при возвращении, «цепляется» за объект при испуге и т.д. С развитием способности самостоятельно передвигаться, ребенок начинает использовать объект привязанности в качестве своеобразного «проводника» в исследовании окружающего мира и источника его чувства безопасности («надежной базы»). Активность ребенка в присутствии объекта привязанности всегда выше, и у него больше возможностей для постижения нового и формирования независимости. Если объект недоступен, не реагирует или реагирует неадекватно на вербальные и невербальные знаки ребенка, движение к независимому поведению ребенка замедляется, а проявление зависимости и привязанности усиливается. Аналогичное влияние на проявление привязанности к объекту оказывают страх, болезнь, недомогание или усталость ребенка.

На третьем и последующих годах жизни, по мере того, как ребенок начинает рассматривать и себя, и объект привязанности в качестве относительно самостоятельных и независимых личностей, типичные формы привязанности несколько изменяются, приобретая характер взаимодействия и сотрудничества. Дети начинают понимать и принимать действия, цели и чувства других, а также соответственно координировать свои действия: если младенцы просто плачут, когда у них что-то болит или им хочется есть, то двухлетние дети плачут уже целенаправленно, чтобы привлечь внимание объекта привязанности, а если этот призыв «не срабатывает», они начинают кричать громче и бегут к объекту привязанности. Когда ребенок начинает относительно спокойно переносить временную (более или менее протяженную) разлуку со своим объектом привязанности, это с одной стороны, свидетельствует о нормальном процессе взросления, а с другой — означает, что эта психологическая связь приобрела характер стабильной и не зависит от физического присутствия сторон.

Именно ранние взаимодействия с объектами привязанности постепенно приводят к формированию речевого общения и человеческого мышления, человеческих вариантов проявления эмоций и всех других моделей поведе-

ния. Эта система, обозначенная как «*внутренняя рабочая модель*» социальных отношений, продолжает развиваться с течением времени и приобретением знаний и опыта. Наличие внутренней модели позволяет не только регулировать, но и объяснять и предсказывать собственное поведение, а также поведение других объектов привязанности. Уже в дошкольном возрасте дети могут относительно легко переносить разлуку с объектом привязанности, если были предварительно обсуждены условия и временные рамки этой разлуки, например: «Я пойду в детский сад, если ты меня заберешь до обеда». В заключение отметим, что эта теория разрабатывалась автором более двадцати лет и лишь затем была описана в трилогии «Привязанность и утрата». Основные положения теории Боулби были многократно подтверждены практикой и активно используются при разработке новых социальных стратегий в области воспитания и социальной защиты детей.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Сформулируйте и опишите своими словами последовательность развития психоаналитической мысли в работах Кляйн, Биона, Лакана и Боулби.
2. Кратко изложите концепции проективной идентификации, контейнирования, стадии зеркала и привязанности.
3. Охарактеризуйте Символическое, Воображаемое и Реальное Ж. Лакана и его представления о языке и речи.

Рекомендуемая литература

Обязательная

1. *Кляйн, М.* Зависть и благодарность // Кляйн М. Психоаналитические работы в 7 т. : пер. с англ. — Т. 6. «Зависть и благодарность» и другие работы 1955—1963 гг. — Ижевск : ERGO, 2012. — С. 78—92.
2. *Бион, У. Р.* Внимание и интерпретация : пер. с англ. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2010. — С. 8—33.
3. *Боулби, Д.* Создание и разрушение эмоциональных связей : пер. с англ. — М. : Реабилитация, 2014. — С. 18—44.

Дополнительная

Мазин, В. Стадия зеркала Жака Лакана. — СПб. : Алетейя, 2005.

Заключение

Подведем некоторые итоги. Одна из главных специфик психоанализа состоит в том, что он изучает с равным вниманием как нормальное, так и патологическое состояние психики. Поэтому психоанализ не является теорией психопатологии — он составляет одну из самых продуктивных теорий индивидуальной и общественной жизни личности. Категорически неверным следовало бы считать утверждение, что психоаналитики кого-то «лечат», хотя магия врачебного дискурса и раскрученный бренд термина «психотерапия» по-прежнему привлекает многих наших коллег. Аналитики давно отказались от уничижительного термина «больной», заменив его определениями «пациент» или «клиент». То, что происходит в процессе аналитических сессий, можно было бы более точно характеризовать как совместное исследование проблем клиента, выявление причин его душевного дискомфорта или невыносимой боли и профессиональную помощь в избавлении от его страданий. Теория психоанализа в данном случае является не столько основой метода и терапевтических техник, сколько своеобразной «лупой», позволяющей заглянуть за пределы того, что личностью предъявляется и считается объективным, в отличие от причин психического расстройства, которые практически во всех случаях глубоко субъективны и гипотетичны. Самая частая ошибка терапевтов, как представляется, состоит в «нагруженности теорией» и, как следствие, — проекции своих знаний и моделей на пациентов, которые в силу авторитета специалистов принимают их и демонстрируют своеобразное «присоединение», понимание и подтверждение именно тех психологических феноменов, которые у них пытаются найти.

Аналитический процесс — это всегда и прежде всего обмен информацией, которая может провозглашаться открыто и ясно или быть подразумеваемой, подозреваемой или даже скрываемой, в том числе по обоюдному согласию сторон. Последнее, конечно же, представляется неверной стратегией. Задача аналитика не просто находить, а предчувствовать и исследовать как предъявляемый ему материал, так и невыраженные мысли и сомнения пациента. Безусловно, основное внимание в начале терапии направляется на симптомы. Это традиционный и во многом адекватный подход — пациент пришел и хочет говорить о конкретных проблемах. Но не менее важным и, к сожалению, нередко ускользающим от внимания, является вопрос о том, какую функцию эти симптомы выполняли и выполняют в семейной и социальной жизни клиента. Борьба с симптомами — это, в целом, малопродуктивное занятие, которое нередко сопровождается огромными финансовыми затратами пациента и не менее значимым духовным напряжением аналитика, его профессиональных сил и способностей.

Симптом не стоит рассматривать как врага клиента или аналитика. Если он есть, он появился не просто так. Он для чего-то был (и все еще) нужен пациенту, который пытается с его помощью защититься от чего-то или хотел бы в этой иносказательной форме что-то сообщить окружающим и своему аналитику. Таким образом, симптом — это тоже способ коммуникации. Но не получив адекватного понимания в ближайшем окружении, к которому апеллирует каждый из нас в подобных ситуациях, клиент обращается к специалисту, рассчитывая на качественно иной уровень отношений и понимания. Терапия — это прежде всего понимание и отношения. Можно быть уверенным, что до этого многие пытались убедить клиента оставить эти мысли или переживания, принуждали его к активности и здоровыслию. Но принуждение и даже убеждение никогда не бывает эффективным. Аналитик работает в качественно ином направлении — он действует в интересах изменений, и самое сложное в этом процессе — привести ситуацию к тому, чтобы клиент самостоятельно производил эти изменения и признавал свои способности к этому. Нас не случайно относят к сфере помогающих профессий — мы только помощники.

Еще несколько слов о симптомах. Они практически всегда выполняют своеобразную адаптивную роль; как бы тяжелы они ни были, за ними скрывается нечто еще более непереносимое. Поэтому пациенты прилагают массу усилий, направленных на поддержание стабильности своих симптомов. Введенные психоанализом представления о «точке фиксации», «застревании» или «навязчивом повторении» предназначены для нашего внутреннего профессионального общения, но они ничего не добавляют к пониманию как, когда и почему это произошло с конкретной личностью. Невротические и пограничные пациенты, как правило, и так знают, что с ними что-то неладно, и они уже прилагали множество усилий и логических обоснований для того, чтобы преодолеть это состояние. Но «рацио» не помогает. И тогда нашей единственной опорой становится психоаналитическая теория иррационального в поведении людей.

Открыв любой справочник, каждый может узнать, что такое психика. В большинстве случаев она определяется как «особое свойство высокоорганизованной материи отражать объективную реальность». Но это не научное определение. Это метафора. В этой констатации нет негативизма. Прежде чем что-то изучать, ему нужно дать название, создать некий понятийный аппарат. И одна из величайших заслуг Фрейда состоит именно в создании такого метафорического языка, который позволяет нам немного приблизиться к пониманию того, что есть психика, и обсуждать различные гипотезы о ее функционировании. Вернемся еще раз к понятию «метафора». Мы используем метафоры, когда у нас не хватает знаний о неких физических параметрах того или иного явления. Например, «огромное горе», «неизбывное счастье», «полное умопомрачение». Точно такое же содержательное наполнение имеет большинство психологических терминов — память, внимание, мышление, воля и т.д. Когда кто-то «потрясен до глубины души», все понимают, о чем идет речь, но в этой метафоре опять же подразумевается некий неизвестный нам психический феномен, не имеющий никакой пространственной протяженности («от некой по-

верхности до некоего дна») и не обладающий никакими физическими характеристиками тряски. Тяжелыми по весу могут быть камень или книга, но «тяжелые переживания» — это снова метафора. Депрессивными могут быть экономика или регион, но «депрессивная личность» — это тоже метафора, хотя у нее и есть некие объективно наблюдаемые внешние эквиваленты. Чтобы завершить это краткое отступление, добавим, что именно через метафоры и мифопоэтический язык идет путь познания. Вначале Земля лежала на трех китах, затем она стала центром Вселенной, вокруг которой вращается небесная твердь, и лишь в XVII в. (каких-то триста лет назад) возникли представления о гелиоцентрической системе мира. Этот исторический экскурс предназначен для прояснения идеи, что именно через метафоры и наименования явлений мысли и идеи одних людей становятся доступными для других и для обсуждения, а ранее неизвестное получает возможность для критического анализа и исследования. И лишь таким путем абстрактные идеи и объекты обретают самостоятельность. Полной аналогией идей о «трех китах» являются попытки привязать сознание к коре головного мозга, а подсознание, естественно — к подкорковым образованиям и т.д. Постепенно эти мифологические подходы преодолеваются и уходят в прошлое. Благодаря Фрейду психические феномены обрели определенную самостоятельность, но психика в целом по-прежнему остается эпифеноменом, таящим множество загадок.

Тем не менее столетняя история психоанализа позволила (как экспериментально, так и экспериментально) подтвердить несколько фундаментальных гипотез Фрейда. Попробуем перечислить только основные. Начнем с принципа каузальности или психического детерминизма, согласно которому во внутренней психической жизни и внешнем поведении индивида ничто не происходит случайно; каждое внутреннее переживание или внешнее событие определяется переживаниями и событиями, которые им предшествовали. Поэтому, сталкиваясь с тем или иным психическим или поведенческим феноменом, мы вправе задуматься над рядом вопросов: где его корни, что его вызвало, почему это произошло? Падение яблока вниз не кажется нам бессмысленным, так как мы знаем о существовании закона тяготения. Понятие «падшего ангела» остается метафорой, так как мы еще не постигли законов его «падения». Напомним, что феномены сновидений, случаи забывания и ошибочных действий, а также симптомы невроза также подчиняются принципу психического детерминизма.

Следующим стоит упомянуть принцип сохранения психических содержаний, которые, хотя бы однажды попадая в поле сознания, никогда и никуда не исчезают, а лишь переходят из одних форм в другие, вытесняются из сознания в бессознательное и т.д. Естественно, здесь мы не можем обойти теорию психической травмы. И еще одна важнейшая часть наследия Фрейда — теория бессознательного, согласно которой никогда нельзя ставить знак равенства между а) сознательным поведением и вербализуемыми личностью мотивациями и б) спецификой ее психического функционирования при норме и при патологии. Сознание — это только часть психики, и, скорее всего, не самая главная.

С этими тезисами можно спорить, но, как представляется, именно они составляют фундаментальную основу всего психоанализа, определяют все классические подходы и содержание всех последующих гипотез и концепций. Поскольку сам предмет наших исследований (и в психоанализе, и в психологии в целом) все еще находится на стадии метафорической проработки, а вечный спор о первичности материи и сознания так ничем и не разрешился (хотя если считать мышление материальным процессом, то вопрос просто снимается), ограничимся этим кратким обобщением. Специфика развития современной науки о психике состоит в том, что у нас до сих пор нет никаких методов, которые позволяли бы проводить непосредственные наблюдения сознательных и бессознательных процессов. Столь популярные сейчас электроэнцефалографические подходы в целом можно было бы оценить как попытку с определенной точностью рассказывать о том, что транслируется по различным программам, замеряя напряжение и сопротивление на клеммах телевизора. Это ни в коей мере не умаляет значимость таких исследований для других областей медицины, так же как и важность изучения биохимии мозга. Но сводить психику к химическим процессам было бы такой же ошибкой. Далеко не все с этим согласятся, но пока мы располагаем только одним относительно надежным методом для исследования сознательных и бессознательных процессов, который уже более столетия назад был предложен Фрейдом. Основная заслуга Фрейда состоит не только в его уникальных наблюдениях и открытиях, но и в создании для описания душевной жизни и психических феноменов особого языка, на котором говорят все направления современной психотерапии.

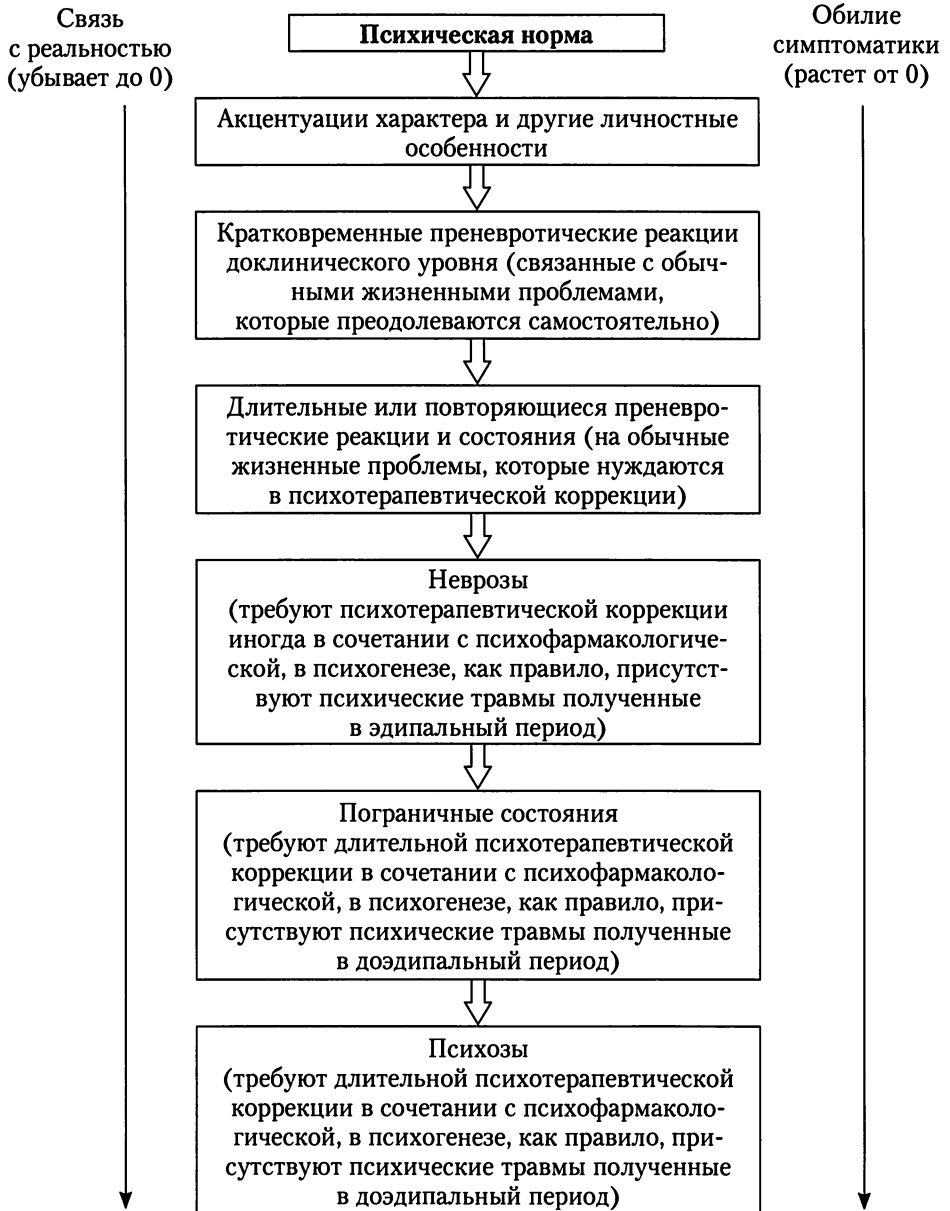
Начиная работу над этой книгой, авторы исходили из необходимости донести до широкой гуманитарной аудитории только то, чего нельзя не знать о теории и практике психоанализа. Мы надеялись, что книга получится достаточно компактной, но даже начальный уровень знаний, который был обозначен как минимальный, удалось изложить лишь на трехстах страницах. Авторы, безусловно, не вполне удовлетворены этим, и будет честным и справедливым сообщить читателю, что фактически он лишь ознакомлен с основами классического психоанализа, который за прошедшее столетие получил серьезное развитие, давно органически имплицирован в медицину и психологию, философию, социологию и культуру, а уровень знаний, необходимый для начала практики, в десятки раз превышает объем представляемого учебника. Тем не менее психоанализ продолжает развиваться и искать новые объяснительные системы психической деятельности, мотиваций, идентификаций и интроекций, сопротивлений и защит, обуславливающих как адекватное функционирование, так и патологию личности.

За прошедшие десятилетия аналитики существенно продвинулись в понимании того, что было метафорически обозначено как Эго и Супер-Эго, которые более доступны для исследования и играют особую роль «посредников» как во внутреннем мире личности, так и в ее отношениях с внешней реальностью. Мы научились помогать нашим пациентам в дифференциации и укреплении их Эго, и вступать в более комплементарные отношения с их Супер-Эго. Но в наших представлениях об Ид и о возможностях влияния на эту психическую инстанцию по-прежнему остается много не-

определенности. В одной из своих последних работ («Анализ конечный и бесконечный», 1937) Фрейд отмечал в качестве одной из главных задач терапии «приручение влечений», фактически определяя ее направленность на преобразование Ид. Но насколько успешно и в какой мере это реализуется в терапии, остается большим вопросом. Безусловно одно — терапия приносит облегчение пациентам, иначе они бы не приходили к нам и не оставались с нами на многие месяцы, а иногда и годы.

Повторим еще раз: вы только прикоснулись к психоанализу. А мы только попытались пробудить ваш интерес к самим себе и своему внутреннему содержанию, а также к другим людям и их душевному миру. Кого-то из вас вполне удовлетворит этот минимум знаний, который одновременно существенно обогатит вашу жизнь и ваше восприятие, и понимание реальности, самих себя и других. Кто-то захочет узнать о психоанализе больше или понять его лучше. В отличие от эпохи, когда обучалось наше поколение, сейчас для этого есть все возможности. Нашей целью было только вызвать побуждение. Если авторам это удалось, мы будем вполне удовлетворены. Но побуждение — это только внешний фактор. Никого нельзя насильно заставить что-то изучать. Человек только тогда погружается в профессию, когда получает от нее и познания всех ее тонкостей искреннее удовлетворение, и тогда его интерес следует принципу удовольствия. Живите, учитесь и работайте, следуя этому принципу.

Схема непрерывного континуума психических расстройств (по М. М. Решетникову, 2013)



Предметный и именной указатель¹

- Абрахам, Карл 166, 188, 195
Абстиненция **131**
Агрессия **38**, 41, 58, 59, 68, 69, 100, 106, 162, 163, 172, 173, 181, 196, 197, 202, 203, 208, 212, 223, 229, 236, 239, 240, 242—244, 245, 250—252
Адлер, Альфред 240—243
Альфа-элементы **219**, 290, 293, 294
Амбивалентность 91, 100, **101**, 166, 170, 206, 227, 229, 290, 291
Аналитическая работа, базовые принципы 131
 Абстиненция **131**
 Нейтральность 26, **131**, 159, 217, 218, 221, 224, 275, 276, 277
 Отзеркаливание **131**, 213
Аналитическая техника 255, 299
 Интерпретация 26, 59, 60, 62, 63, 64, 129, **131—133**, 139, 165, 167, 201, 204, 211, 217, 223, 224, 255, 257, 258, 274, 276, 284, 299
 Контейнирование **132**, 172, 219, 290, 293
 Проработка 56, **131—133**, 135, 223, 224, 274, 276, 278,
 Холдинг **132**
Анальная фаза 66, **69**, 117, 167
Анальный характер 164, **167**, 168
Андреас-Саломе, Лу 260
Аннулирование (уничтожение сделанного) **113**, 117
Аппарат психический (см. также Инстанции психические) 28, **48—52**, 54, 55, 58, 75, 207, 219, 234, 292, 294
Аристотель 23, 28, 29, 258, 286
Ассоциации свободные 28, 33, 42, 60, 112, 114, 127, 135, 217, 220, 255, 274, 298
Аутоагрессия **85**, 244, 245
Аутоэротизм 104
Аффект 51, 53, 54, 57, 78, 81, 110, 116, 118, 143, **186**, 194, 203, 206, 211, 217, 232, 258, 269, 277, 292, 299
Аффект напряжения **186**
Аффект разрядки **186**
Аффективное расстройство 95, **186—188**, 206
Базисное недоверие **147**
Базисный дефект **147**
Балинт, Микаэл 146—147, 175, 218
Баранджер, Вилли 275
Баранджер, Маделайн 275
Батай, Жорж 228
Бессознательное **32—34**, 36—38, 40, 42, 43, 45, 46, 50—58, 61—65, 73, 81, 92, 94, 110, 111, 116—118, 124, 132, 133, 136, 143, 152, 160, 163, 191, 195, 218—221, 223, 239, 247—249, 254, 255, 257, 274, 282, 286, 295—299
Берлингем, Дороти 269
Бета-элементы **219**, 290, 293, 294
Бинсвангер, Людвиг 260
Бион, Уилфред Рупрехт 292—295
Блейлер, Ойген 155, 173, 206, 267
Блокирование чувства привязанности **84**

¹ В настоящем указателе принята следующая система обозначений: полужирным шрифтом выделены номера страниц, где предложены определения понятий или же сущность стоящих за понятиями явлений в полной мере раскрыта; обычным шрифтом даны номера тех страниц, где понятие упоминается в остальных случаях, а также номера страниц, указывающие на упоминание имен ученых и исследователей.

Боулби, Джон 84, 148—149, 290,
300—304

Брейер, Йозеф 23—25, 216

Винникотт, Дональд Вудс 137, 218,
234

Влечение 26—28, 30, **97—103**, 143—
146, 234—238, 240—245, 247, 250, 251,
253, 254, 256, 258, 298, 309

Влечение парциальное (частич-
ное) **131**

Влечений первая теория **98**

Влечения сексуальные 37, 66,
74, 93, 94, 98, 102, 103
самосохранения (влече-
ния я) **98**

Влечений вторая (дополнительная)
теория **99**

Влечение к жизни (Эрос) 37,
99—100, 251, 252, 256, 260
к смерти (Танатос) 37,
99—100, 244, 245, 252, 260

Влечений характеристики **100**

Влечения источник **100**
напряжение (настойчи-
вость) **101**
объект **100**
цель **100**

Влечений теория **98**

Влечения компоненты **144**

Волкан, Вамик 267—269

Второй смысл **26**, 45

Вуайеризм 101, 103

Вуайеризм — эксгибиционизм **101**

Вытеснение 25, **36—38**, 53, 54, 110,
117

Вытеснение первичное **52**, 54,
90, 110
вторичное **52**, 110

Вытесненного возвращение **110**

Вышеславцев, Борис Петрович 261

Геккель, Эрнст Генрих 259

Гомеостаз психический 20, 49, 50,
85, 109, 116

Гомосексуальность 243

латентная 243, 246

Гомосексуальный выбор объ-
екта **103**

Гохе, Альфред 199

Грин, Андре 83

Гуссерль, Эдмунд 260

Дали, Сальвадор 258

Дезинвестиция материнского объ-
екта 84

Действия ошибочные 32, **40—45**, 53,
307

Депрессия 80, 84, 87, 93, 102, 138,
148, 186, **187—190**, 192, 195, 196, 222,
301

реактивная **187**

эндогенная **187**

Деструктивность 163, **239**, 240, 247,
291

Дистанционный психоанализ 285

Доразвивание личности **204**, 210,
213, 276, 283

Жиран, Рене 229

Забывание 28, 32, 34, 35, 40, 41,
43—45, 64, 257, 298, 307

Зависть к пенису **71**

Защита психическая 36, **109—110**

Вытеснение 25, **36—38**, 53, 54,
110, 117

Вытеснение первичное **52**, 54,
90, **110**

вторичное **52**, **110**

Вытесненного возвраще-
ние **110**

Изоляция **112**, 117, 153,

Интроекция 110, **114—117**, 195,
274, 279, 291, 308

Отрицание 34, 52, 84, 113, **114**,
115, 116, 117, 200, 209

Подавление 75, 159, 231, 237,
255, 256

Проекция 105, 110, **113—117**,
130, 131, 137, 175, 200, 202, 203,
207, 209, 219, 248, 274, 291, 292

Расщепление 82, **114**, 117, 173,
175, **200**, 201, 203, 206, 208—209,

- 236, 291, 292, 297, 298
 Реактивное образование (Противосимптом) 70, **111–113**, 117, 165, 168, 170
 Регрессия **38**, 91, 110, **111**, 117, 140, 158, 165, 188, 219, 231, 232, 281
 Уничтожение сделанного (Аннулирование) **113**, 117
- Идеализация** **105**, 107, 172, 179, 185, 201, 206, 209
Идентификация **58**, 71, 137, 138, 144, 158, 193, 194, 199, 206, 218, 219, 230, 232, 233, 236, 238, 240, 243, 251, 268, 269, 274, 277
 Идентификация постоянная контр-трансферная **139**
 Идентификация проективная **136**, 200, 290–293
 Идентичности концепция **149**
 Изоляция **112**, 117, 153
 Инвестиция психическая **83**
 Инсайт 132, 224, 274, **276**, 278
 Инстанции психические **37**, 51, 90, 298
 Первая топка (топографическая модель психического аппарата) 50, **51**, 56
 Бессознательное 50, 51, **52–53**, 54
 Сознание 50–52, **55–56**, Предсознательное 50–53, **54–55**
 Вторая топка (структурная модель психического аппарата) 51, 52, **56**, 58
 Я (Эго) 51, **56–57**, 58
 Сверх-Я (Супер-Эго) 51, 56, **58**
 Оно (Ид) 51, **56**, 57, 58
Интроекция психическая **83**, 110, **114**, 115–117, 142, 195, 274, 279, 291, 308
Истерия 20–24, 28, 35, 50, 54, 60, 66, **90–91**, 93, 103, 110, 119, 170, 171, 186, 229, 266
- Катарсис** **23**, 217, 258
Катексис (связывание, нагрузка) **36**, 193
 Кернберг, Отто 199, 201, 203, 287, **288**
 Кляйн, Мелани **145**, 146, 196, 197, 218, 290–292, 294
 Комплекс кастрации **71**, 169
 Компромиссное образование 89, **93–94**
Конверсии механизм **54**, **86**
 Конверсия психической травмы 80, 81, **86**, **90**, 120, 123, **124**
 Контейнирование **132**, 172, **219**, 290, 293,
 Контрперенос (контртрансфер) **134–135**, 136–140, 209–211, 214, 218, 221
 Объективный контрперенос 134, **137–138**
 Субъективный контрперенос 134, **137–138**
 Контрпереноса измерения 139–140
Контрпереносные реакции **136**
 Конкордантная к. р. **136–137**
 Комплементарная к. р. **136–137**
Комплекс неполноценности **242**
Комплекс Христа **245**
 Крепелин, Эмиль 17, 77, 95, 155, 173, 267
- Лакан, Жак** 258, 286, 290, 295–300
Лапланш, Жан 94, 95
Латентная фаза **72–73**
Лебон, Густав 232, 262, 263
Леви-Стросс, Клод 227, 228
Либи́до 19, 35, 67, 74, 94, 97, 100, **102–105**, 129, 145, 152, 170, 174, 178, 192, 195, 198, 216, 217, 256
Либи́до превращения **103**
 Нарциссическое либи́до (Я-либи́до) **97**, 98
 Объектное либи́до (объект-либи́до) **97**
Лурия, Александр Романович 63
Любовь объектная **71**

Магический тип мышления 81, 104
Мазохизм 100, 296
Мазохизм — садизм 101
Малер, Маргарет Шенбергер 147—148, 207
Массовая патология 266
Массовая психология 231, 232, 259
Массовые процессы 18, 262, 271
Меланхолия 102, 115, 186, 187, 189—192, 195, 196
«Мертвая мать» (А. Грин) 83—84
Метапсихология 28, 30, 32, 34, 35, 38, 92, 178, 216
Метод свободных ассоциаций 28, 33, 42, 220, 274
Мосс, Марсель 228

Навязчивое возвращение 81, 87
Навязчивое повторение 81, 84, 129, 306
Нагрузка (катексис, связывание) 36
Нарцизм 103, 178
Нарциссизм 103, 104—106, 169, 177, 178, 180, 181, 213, 265, 288, 297
 вторичный 104, 178
 инфантильный (грандиозный) 106
 нормальный 106, 178
 патологический 106, 107, 177, 182, 184
 первичный 104, 105, 178
Нарциссическая личность 177—179, 183—185
Нарциссические нарушения 106
Нарциссические стратегии личности 180, 183
Нарциссическое либидо (Я-либидо) 97, 103, 104
Нарциссическое психическое расстройство 93, 183
Невроз 20, 24, 50, 79, 81, 89—95, 152—153, 198, 200, 205, 207, 240, 245, 279, 297, 307
 актуальный 91
 навязчивых состояний 90, 91, 158

Нейтральность 26, 131, 159, 217, 218, 221, 224, 275, 276, 277
Неосознаваемая идентификация с мертвой матерью 84
Ницше, Фридрих 254

Образование психоаналитического 286

Объект влечения 100, 101—103, 117
 внешний 100—102, 105, 114, 142, 146, 147
 внутренний 105, 137, 142
 либидинозный 148
 переходный 142
 плохой 114, 144
 хороший 100, 114, 144
 целостный 101, 144
 частичный 101, 142, 145

Объекта выбор 143
 гомосексуальный 103
 по нарциссическому типу 104
 по примыкающему (опорному) типу 104

Объектное либидо (объект-либидо) 97, 103

Объектных отношений теория (объект-теория) 142, 143, 146—150

Оговорки 26, 28, 32, 34, 35, 40, 42, 45, 110, 296, 298

Оно (Ид) 37—39, 51, 56, 57, 58, 74, 89, 91—94, 97, 101, 109, 116, 117, 121, 137, 146, 159, 207, 218, 249

Описки и симптоматические действия 44

Оральная фаза 66, 67—69, 117, 166, 207

Отзеркаливание 131, 213

Отказ от реальности 93

Отреагирование 21, 41, 46, 59, 61, 78, 85, 87, 116, 129, 217, 255, 258, 259, 265, 270

Отрицание 34, 52, 84, 113, 114, 115, 116, 117, 200, 209

Паранойя 92, 93, 95, 110, 113, 128, 267

Перверсия 103, 177, 200, 297

Передача следующему поколению **269**

Перенос (трансфер) **24–25**, 93, 117, **127–132**, 134–139, 185, 190, 194, 207, 210, 211, 213, 217, 221–223, 245, 274, 278, 281, 283, 289, 299

Переноса классификация по объекту **131**

Материнский перенос 131

Отцовский перенос 131

Сиблинговый перенос 131

Переноса классификация по стадии развития **131**

Анальный перенос 131

Доэдипов перенос 131

Оральный перенос 131

Эдипов перенос 131

Петербургская школа, принципы **273**

Платон 33, 256, 260

Пограничные расстройства личности **198**, 199

Пограничные состояния 94

Подавление 38, 100, 159, 231, 237

Понталис, Жан-Бертран 94

Предсознательное 37, 50–53, **54–55**, 56, 58, 92

Привязанности теория 148

Принцип реальности **37**, 49, 55, 57, 64, 99, 123, 191, 207

Принцип удовольствия **37**, 46, 49, 52, 56, 64, 99, 241, 284, 309

Проективная идентификация **136**, 199, **200**, 206, 218, 219, 291, 292

Проработка 56, 131, **132–133**, 135, **223–224**, 276, 278

Противосимптом (реактивное образование) **112**

Психическая реальность **36**

Психоз 17, **91–95**, 104, 105, 147, 159, 183, 187, 198–200, 205–209, 297

Психоневроз **91**, 93

нарциссический **95**

трансферентный **95**

Психосексуальное развитие **66**

Психосексуального развития фазы **67**

Анальная фаза **66**, **69**, 117, 167

Латентная фаза **72–73**

Оральная фаза **66**, **67–69**, 117, 166, 207

Пубертатный период **73–74**

Фаллическая (инфантильно-генитальная) фаза **66**, **70–72**

Психотические расстройства личности **92**, 205

Пубертатный период **73–74**

Рабочий альянс 221, **222–223**, 279

Равномерно распределенное внимание **220–221**

Ракер, Генрих 136–137

Реактивное образование (противосимптом) 70, **111–112**, 117, 168

Регрессия 110, **111**

Рикер, Поль 260

Роджерс, Карл 281

Розанов, Василий Васильевич 260

Садизм 99–101, 158, 193, 241, 296

Садизм — мазохизм **101**

Салливан, Гарри 151, 152, 155–159, 202, 208

Сандлер, Джозеф 287

Сверх-Я (Супер-Эго) 51, 56, **58**, 72, 75, 92, 94, 97, 101, 109, 112, 116, 117, 124, 137, 144, 148, 146, 148, 159, 162, 179, 182, 188, 191, 193, 194, 207, 218, 233, 236, 240, 279, 284, 296, 308

Связывание (катексис, нагрузка) **36**, 193

Сгущение (конденсация) 52, **61**, 258

Сексуальная теория инфантильная **71**

Сексуальное исследование инфантильное **71**

Сексуальность инфантильная **72**, 98, 103, 256

Сепарация — индивидуация 147, **148**, 175, 202, 203

Сеттинг терапевтический 221–222, 278–280, 290

Символизация **62**, 125, 251, 258, 293

Симптом 20, 22, 23, 25, 28, 33—35, 53—55, 57, 60, 77, 78—82, 84, 87, 89—91, 94, 98, 105, 110—113, 116—120, 122—125, 127, 128, 143, 165, 166, 186, 206, 216—217, 255, 257, 269, 274, **277—278**

Смещение 34, 46, **61**, 258

Сновидение 28, 30, 33—34, 38, 45, 46, 53, 56, **59—60**, 65, 93, 94, 97, 117, 248, 254, 255, 257, 258, 274, 307

как исполнение желаний **60**

Сновидений интерпретация **63**

психоаналитическая теория **60**

Сновидения работа **61**

Сгущение (конденсация) **61**

Символизация **62**

Смещение **61**

Собственная работа горя **84**

Современные терапевтические техники (по Х. Спотницу) **210**

Команды **212**

Контактное функционирование **213**

Объект-ориентированные вопросы **212**

Объяснение **212**

Отзеркаливание **213**

Присоединение **213**

Сознание 25, 26, 30, 32—34, 36, 37, 42, 43, 45, 50—52, **55—56**, 61—64, 80, 82, 83, 86, 92, 101, 105, 110, 111, 113, 117, 128, 143, 144, 160, 216, 218, 223, 244, 248, 255, 260, 263, 271, 297, 298

Соловьев, Владимир Сергеевич 260

Соппротивление 43, 51, 56, 81, 112, 116, **117—118**, 128, 132, 134, 158, 165, 190, 204, 211, 212, 214, 216, 217, 219, 220, 223, 234, 231, 237, 274, 281, 289, 297, 298

окончанию терапии **212**

прогрессу **212**

разрушающую терапию **212**

сотрудничеству **212**

«статус-кво» **212**

Социализация 37, 50, 69, 72, 167, **276**

Спотниц, Хайман 210, 212

Стрейчи, Джеймс 279

Сублимация **38**, 73, 101, 112, **115—116**, 145, 152, 170, 234, 238, 241, 255, 257

Сумма возбуждения **85**

Табу **227**, 229

Танатос **99—100**, 244, 245, 252, 260

Тард, Жан Габриэль 262, 263

Теория соблазнения **50**

Техника психоаналитическая классическая **216**

современная **218**

Тотем **227**, 229

Торок, Марилья 83

Травма детская сексуальная **27**
психическая 21, 34, 35, 50, 59, 68, 70, **76—88**

психическая вторичная **82**

психическая, институализация понятия **79**

психическая, специфика реакций **87**

психическая, фиксация на **86**

Травмы психодинамика **82**

Травмы репарация вторичная **83**

Тревога 22, 45, **57**, 68, 74, 94, 101, 102, 111, 115—117, 120, 138, 156, 161, 166, 181, 200, 202, 203, 207—210, 213, 238, 276, 291, 292

Тренинг психоаналитический **286**

Уничтожение сделанного (аннулирование) **113**, 117

Уход в болезнь **87**

Фаллическая (инфантильно-генитальная) фаза **66**, **70—72**

Федерн, Пауль 208

Фейхтерлебен, Эрнст 95

Ференци, Шандор 286

Фигура родительская **58**

Фиксация на психической травме **86**

Филиация **285—286**

Фобия 89, **91—92**, 93, 103, 113, 200, 229

Фрейд, Анна 146
Фрейд, Зигмунд 18—29 (далее в
каждой главе)
Фромм, Эрих 151, 152, 159—163,
237, 250, 260
Фуко, Мишель 233

Хайдеггер, Мартин 260
Характера акцентуации 310
 концепция психоаналитиче-
 ская 164

Характер анальный 167—168
 депрессивно-мазохистиче-
 ский 171—173
 истерический 170—171
 оральный 166—167
 фаллический 169—170
 шизоидный 173—176

Холдинг 132
Художественное творчество 253,
257—259

Целостное объектное чувство 101
Целостный образ матери 196
Целостный объект 101
Цензура 26, 37, 38, 52, 53—54, 55,
61, 192, 221

Частичное (парциальное) влече-
ние 102
Частичный образ объекта 210
Частичный объект 101

Шарко, Жан-Мартен 20, 22, 23, 76,
77
Шизофренический пациент 206
Шизофренический психоз 206
Шизофренический спектр 82
Шизофрения 87, 91, 93, 95, 150,
173—174, 207, 208, 256, 292
Шизофреногенная мать 174
Шпильрейн, Сабина Никола-
евна 240, 256
Шпиц, Рене 148
Штекель, Вильгельм 243—246

Эдип 72
Эдипов комплекс 19, 26—28, 72, 73,
94, 216, 232, 284, 296,
Эдипова фаза 144
Эйтингон, Макс 286
Эксгибиционизм 101, 103, 112, 169
Эксгибиционизм — вуайеризм 101
Эриксон, Эрик 149—150
Эрос 100, 251, 252, 256, 260

Юнг, Карл Густав 247—249, 256,

Я (Эго) 51, 56—57, 58, 89, 91—94,
97, 103, 106, 109, 111—117, 144, 146,
148, 170, 174, 175, 188, 194, 200, 203,
204, 207—210, 213, 218, 219, 222, 223,
247, 249, 280, 291, 295, 296, 308
Я-идеал 105
Якобсон, Роман Осипович 258
Ясперс, Карл 268

Наши книги можно приобрести:

Учебным заведениям и библиотекам:

в отделе по работе с вузами
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: vuz@urait.ru

Частным лицам:

список магазинов смотрите на сайте urait.ru
в разделе «Частным лицам»

Магазинам и корпоративным клиентам:

в отделе продаж
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: sales@urait.ru

Отзывы об издании присылайте в редакцию

e-mail: red@urait.ru

**Новые издания и дополнительные материалы доступны
в электронной библиотечной системе «Юрайт»
biblio-online.ru**

Учебное издание

ПСИХОАНАЛИЗ

Учебник для бакалавриата и магистратуры

Под редакцией профессора *М. М. Решетникова*

Формат 70×100¹/₁₆.

Гарнитура «Petersburg». Печать цифровая.

Усл. печ. л. 24,57. Тираж 1000 экз. Заказ № 4801, 40 экз.

ООО «Издательство Юрайт»

111123, г. Москва, ул. Плеханова, д. 4а.

Тел.: (495) 744-00-12. E-mail: izdat@urait.ru, www.urait.ru

ПСИХОАНАЛИЗ

УЧЕБНИК



РЕШЕТНИКОВ Михаил Михайлович

доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, ректор Восточно-Европейского института психоанализа (Санкт-Петербург), заслуженный деятель науки Российской Федерации, врач-психотерапевт, практикующий психолог-психоаналитик, паст-президент Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (ЕКПП, Вена, Австрия), президент Российского отделения ЕКПП, председатель Общероссийского совета по психотерапии и консультированию (Москва), член президиума Российского психологического общества (РПО) и вице-президент Санкт-Петербургского отделения РПО.

«Главное достоинство учебника состоит в систематичности, понятности и обоснованной последовательности изложения основного материала, базисных концепций, теорий и гипотез, а также истории их появления и развития, включая ведущие современные подходы и школы»

С. В. Чермянин, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психофизиологии и клинической психологии факультета психологии Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина

Этот учебник может быть рекомендован всем, кто не только прямо соприкасается с теорией и практикой психоанализа, но и интересуется науками о человеке. Структура книги позволяет читателю рассмотреть учение Фрейда и его последователей как влиятельное направление психологии и значимый факт науки и культуры.

Авторы работы – учредители и преподаватели первого в России института психоанализа с богатым опытом психоаналитической терапии.

Учебник рассчитан на освоение вступительного курса всеми, кто изучает социальные и гуманитарные науки. Кроме того, книга немало способствует демифологизации этого учения среди образованной публики.